

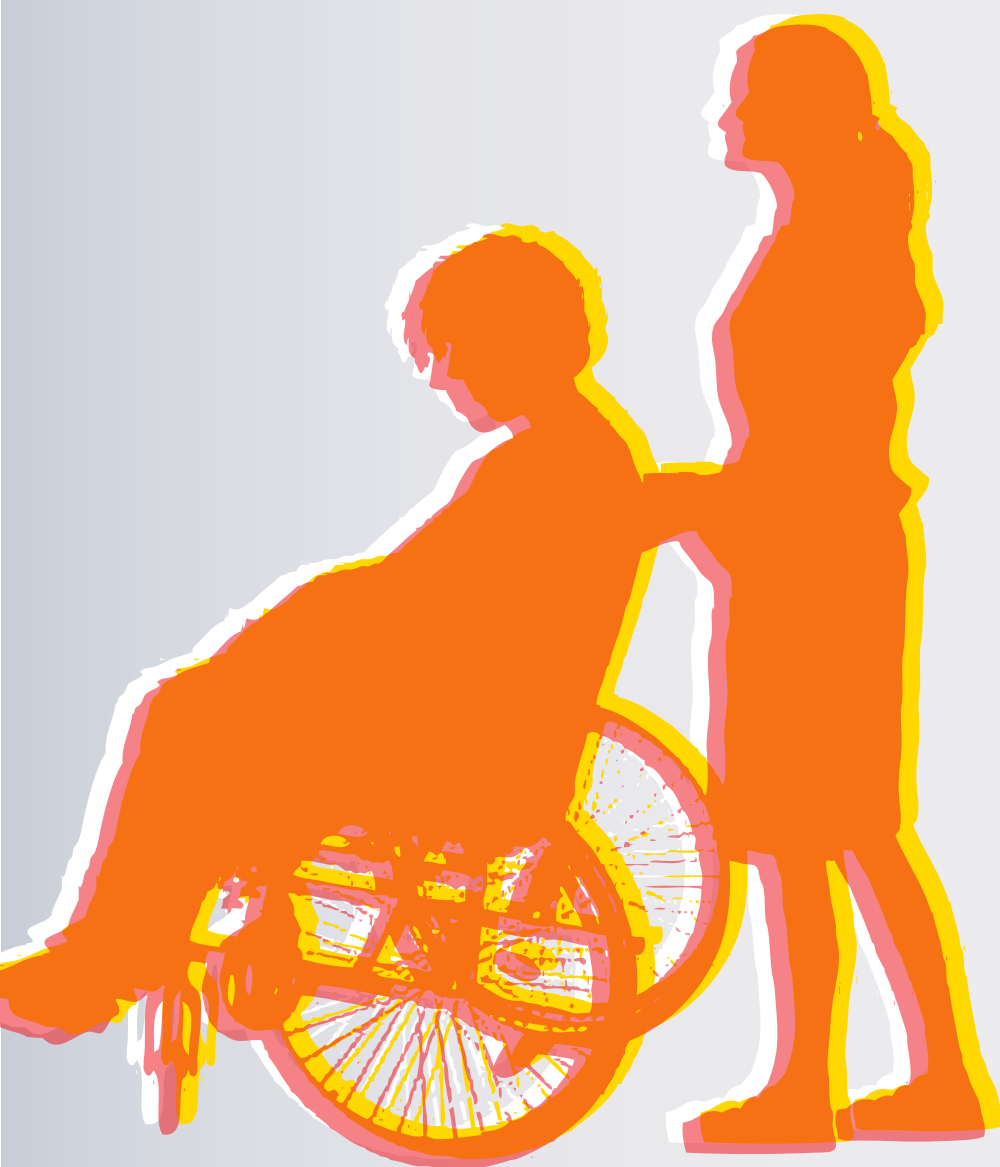
**equal
pay**

day,-

JOURNAL
ZUM
EQUAL PAY DAY
2013

LOHNFINDUNG
IN GESUNDHEITSBERUFEN

VIEL
DIENST
WENIG
VERDIENST



INHALTSVERZEICHNIS

■ Editorial <i>Henrike von Platen</i>	Seite 3
■ Grußwort <i>Kristina Schröder</i>	Seite 4
■ Für ver.di ist jeder Tag Equal-Pay-Day <i>Elke Hannack</i>	Seite 5
■ Schwerpunktthema Viel Dienst – wenig Verdienst <i>Christel Riedel</i>	Seite 6
■ TVöD 2005 – wo bleibt die Entgeltordnung <i>Fragen an Ulrike Burchardt und Dirk Reidelbach</i>	Seite 8
■ Gesundheitsökonomie – unter Ausschaltung der Menschen? <i>Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach SJ</i>	Seite 10
■ Ökonomisierung der Pflege – was haben Frauen davon? <i>Prof. Dr. Michael Isfort</i>	Seite 11
■ Im Kampf gegen ungleiche Bezahlung: 6 Jahre EPD <i>Simone Denzler</i>	Seite 14
■ Equal Pay Day in der Kommune <i>Christine Rabe</i>	Seite 15
■ Ärztinnen: im Beruf strukturell benachteiligt <i>Hans-Jörg Freese</i>	Seite 16
■ LandFrauen – Faire Einkommensperspektive sichern <i>Brigitte Scherb</i>	Seite 17
■ Warum es so wenig Frauen in den deutschen Vorständen gibt <i>Ursula Ott</i>	Seite 18
■ Imagekampagnen <i>Prof. Anja Hartmann</i>	Seite 19
■ Der tägliche Kampf <i>Uta Zech</i>	Seite 20
■ Selbständigkeit im Pflegeberuf <i>Kathrin Kohl-Boussetta</i>	Seite 23
■ Lohnfindung und Arbeitsbedingungen bei der Sozialholding Mönchengladbach <i>Helmut Wallrafen-Dreisow</i>	Seite 24
■ Hohes Ansehen – wenig Lohn: Zur Bewertung der weiblichen Arbeitskraft in Gesundheitsberufen <i>Angelika Puhlmann</i>	Seite 25
■ Neuer Blick auf alte Fragen <i>Dr. Heide Mertens</i>	Seite 27
■ Noch weniger ist ... niemand <i>Susanne Steppat</i>	Seite 28
■ Kompetenzen von Frauen und ihr Wert im Gesundheitswesen <i>Margret Urban, Sabine Ridder</i>	Seite 29
■ Ohne uns keine Diagnose – ohne Diagnose keine Therapie <i>Anke Ohmstedt</i>	Seite 30
■ Lohnfindung in Gesundheitsberufen <i>Hannelore Buls</i>	Seite 31
■ Leben im Alter – Zwischen Skylla und Charybdis <i>Dr. med Ursula Sottong</i>	Seite 32
■ Fragen an den Deutschen Pflegerat <i>Andreas Westerfellhaus</i>	Seite 33
■ Die Marienhaus GmbH <i>Dr. Tania Masloh</i>	Seite 34

initiiert von

BPW Germany

Business and Professional Women – Germany e.V.



gefördert vom



**Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**

Schwerpunktspartner



IMPRESSUM

V.i.S.d.P.: Henrike von Platen, Präsidentin BPW Germany e.V.

Geschäftsstelle: BPW Germany e.V.

Sigmaringer Straße 1, 10713 Berlin · info@bpw-germany.de

Redaktion: Christel Riedel, Projektleiterin

Forum Equal Pay Day · c.riedel@equalpayday.de

Dagmar Schwarz, Bundesgeschäftsstelle Entgeltgleichheit

d.schwarz@equalpayday.de

Simone Denzler, Pressesprecherin BPW Germany

s.denzler@bpw-germany.de

Fotos: BMFSFJ/L. Chaperon · Inga Haar · AutorInnen

Gestaltung: Zech Dombrowsky Design

Druck: Möller Druck und Verlag GmbH

Auflage: 20.000



Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

am 21. März ist Equal Pay Day – der Aktionstag für gleiche Bezahlung von Frauen und Männern. Denn Frauen verdienen nach wie vor im Schnitt rund ein Viertel weniger als Männer, können weniger Vermögen aufbauen und leben am Ende von einer Rente, die durchschnittlich 60 Prozent niedriger ist als die von Männern. Wie kann das sein, fragen Sie sich, wo doch Frauen seit Jahren Bildungsgewinner sind? Die Ursachen lassen sich auf drei Fakten reduzieren: Frauen fehlen in den gut bezahlten Führungsetagen, Frauen arbeiten aufgrund der schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf häufig in Teilzeit - und nicht zuletzt werden Berufe, die überwiegend von Frauen ausgeübt werden, schlechter bezahlt. Dazu gehören auch die Gesundheitsberufe, die wir in diesem Jahr unter dem Motto *Viel Dienst – wenig Verdienst* exemplarisch in den Fokus nehmen, um auf den Missstand der ungleichen Einkommenschancen aufmerksam zu machen.

Gesundheitsberufe sind weiblich: Rund 80 Prozent der Beschäftigten in dieser Branche sind Frauen. Das Einkommen in diesem Berufsweig ist im Vergleich zu anderen Ausbildungsberufen mit vergleichbarer Qualifikation am unteren Rand der Gehaltsstatistiken zu finden. Und das, obwohl Hebammen und Krankenschwestern wie auch Arzthelferinnen und Laborfachkräfte anspruchsvolle Tätigkeiten ausüben und eine große Verantwortung für die richtige Diagnose und den Heilungsprozess tragen. Die Altenpflegebranche klagt bereits, ihren Fachkräftebedarf nicht mehr decken zu können. Wen wundert dies, angesichts der schlechten Bezahlung in einem Beruf, der körperlich und psychisch sehr belastend ist? Lesen Sie in unserem Journal, wo die Probleme liegen und was sich ändern muss.

Am 21. März 2013 machen wir zum sechsten Mal in Folge darauf aufmerksam, dass gleiche Bezahlung für Männer und Frauen nicht nur ein Gebot der Fairness, sondern eine wirtschaftliche Notwendigkeit ist. Im Falle der Gesundheitsberufe ist klar: Ein Fachkräfte-

mangel in ambulanten und stationären Einrichtungen gefährdet die Versorgung alter und kranker Menschen, Pflegearbeiten müssten verstärkt von den Familien geleistet werden – und blieben so wiederum meist an den Frauen hängen. Wie sollten Frauen so ruhigen Gewissens ihrer Berufstätigkeit nachgehen und dabei auch noch den Aufstieg in die gut bezahlten Führungsetagen schaffen?

Rund 700 Veranstaltungen bundesweit konnten wir 2012 zum Equal Pay Day anstoßen. Verbände, Gewerkschaften und Parteien unterstützten unsere Forderungen. Wir freuen uns, für unsere Kampagne 2013 sieben Partner aus dem Gesundheitsbereich gewonnen zu haben, die wir Ihnen im Journal wie auch auf unserer Webseite vorstellen. Sie haben uns bereits in der fachlichen Vorbereitung des Themenschwerpunkts unterstützt und werden auch mit eigenen Aktionen am Equal Pay Day auf die unzulängliche Bezahlung und die familienfeindlichen Arbeitsbedingungen in Gesundheitsberufen aufmerksam machen. Die Debatte muss jetzt geführt werden – überall in Deutschland. Das Journal liefert dazu Anregungen und Grundlagen.

Machen Sie mit! Treffen Sie sich am 21. März zu einem Mittagessen mit roten Taschen – dem Symbol des Equal Pay Day – und schicken Sie uns ein Foto, informieren Sie sich auf unserer Aktionslandkarte über die Aktionen in ihrer Region – oder planen Sie einfach ihre eigene. Anregungen dazu finden Sie ebenfalls auf unserer Webseite. Werden Sie Teil der inzwischen weltweiten Equal-Pay-Day-Bewegung und helfen Sie mit, damit der Aktionstag immer weiter nach vorne rückt und sich eines Tages selbst abschafft.

Ihre

Henrike von Platen
Präsidentin BPW Germany e.V.



BMFSFJ/L. Chaperon

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder, anlässlich des Equal Pay Day 2013

Haben Sie sich schon einmal gefragt, was bei der umsichtigen Sprechstundenhilfe in Ihrer Hausarztpraxis, der fürsorglichen Krankenschwester in der Notaufnahme oder der freundlichen Altenpflegerin im Seniorenheim am Ende des Monats auf der Gehaltabrechnung steht? Viel ist es nicht im Vergleich zu anderen Berufen. Frauen bilden das Rückgrat unserer medizinischen Versorgung, denn 80 Prozent der Beschäftigten in der Gesundheitsbranche sind Frauen. Ihr Einkommen findet sich im Vergleich zu ähnlichen Ausbildungsberufen am unteren Ende des Gehaltsspektrums wieder.

Die schlechte Bezahlung in frauendominierten Berufen, und dazu gehören Gesundheitsberufe, ist eine wesentliche Ursache für den bestehenden statistischen Entgeltunterschied. Deshalb steht beim diesjährigen Equal Pay Day die Verdienstsituation in Gesundheitsberufen im Mittelpunkt. Unter dem Motto *Viel Dienst! Wenig Verdienst!* geht es um die gesellschaftliche und finanzielle Aufwertung von Gesundheitsberufen. Dies ist nicht nur im Interesse der Beschäftigten sondern in unser aller Interesse. In einer alternden Gesellschaft sind tatkräftige, motivierte und professionelle Beschäftigte im Gesundheitswesen unverzichtbar.

Hinter dem Thema *Gesundheitsberufe* steht eine ganze Bandbreite unterschiedlicher Arbeitsfelder: die Alten- und Krankenpflege, medizinisches Fachpersonal in Arztpraxen, die Ärzteschaft, medizinisch-technische Angestellte, Hebammen und viele andere mehr. Starke Partner, wie der Deutsche Hebammenverband, der Verband medizinischer Fachberufe, die Marienhaus Unternehmensgruppe, die Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, der Marburger Bund, der Deutsche Pflegerat sowie der Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland unterstützen den Equal Pay Day und berichten über Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten in ihren Branchen. Sie haben die EPD-Foren im Oktober und November 2012 aktiv begleitet und liefern auch für dieses EPD-Journal wertvolle Beiträge.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre und lade Sie ein, sich mit uns gemeinsam für faire Chancen in der Arbeitswelt einzusetzen – nicht nur am Equal Pay Day, sondern während des ganzen Jahres!

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Kristina Schröder



Für ver.di ist jeder Tag Equal Pay Day

Elke Hannack



Elke Hannack
seit 2007 Mitglied im
ver.di-Bundesvorstand;
zuständig für die Bereiche
Sozialpolitik, Gesundheits-
politik, Arbeitsmarkt- und
Beschäftigungspolitik,
Schwerbehindertenpolitik,
Erwerbslose, Migrantinnen
und Migranten

Das Gesundheitswesen hat sich in den vergangenen Jahren zu einem bedeutenden Beschäftigungsfaktor in Deutschland entwickelt. Mehr als vier Millionen Menschen sind in diesem Wirtschaftszweig beschäftigt. Das sind mehr als zehn Prozent der Erwerbstätigen.

Das Gesundheitswesen ist damit für einen relevanten Teil der Erwerbsbevölkerung Quelle des Lebensunterhalts.

Beinahe $\frac{3}{4}$ aller Beschäftigten im Gesundheitswesen sind Frauen. Weiblich besetzte Gesundheitsberufe zeichnen sich aus durch niedrige Entlohnung, viel Teilzeitarbeit und belastende Arbeitsbedingungen. Seit vielen Jahren erleben die Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen. Die Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz steigt. Es kommen immer neue Aufgaben hinzu, der Leistungsdruck wird größer und dazu wachsende Unsicherheit der Beschäftigung durch Zeitverträge und Leiharbeit. Die Arbeitsbelastung wächst in allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, besonders aber für Pflegekräfte und für die Beschäftigten in den Reinigungs- und Verpflegungsdiensten. In vielen Krankenhäusern wird die tarifliche Wochenarbeitszeit nicht eingehalten, statt 38,5 oder 40 Wochenstunden werden durchschnittlich 44 Stunden gearbeitet. Teilzeitbeschäftigte arbeiten im Schnitt sogar 6 Stunden mehr als ihre arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitszeit. Dienstpläne werden nicht eingehalten, das Missverhältnis von anwesendem Personal und den Aufgaben verschärft sich. Auszubildende werden häufig zu Lückenbüßern. 1,2 Mio. Überstunden sprechen für sich.

Eine Untersuchung der Bertelsmann-Stiftung warnt davor, dass im Jahr 2030 eine halbe Million Vollzeit-Pflegekräfte fehlen werden, wenn sich an ihrer Situation nichts ändert.

Gerade das Gesundheitswesen ist auf qualifizierte und gut motivierte Fachkräfte angewiesen. Eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens braucht eine verbesserte Rekrutierung und Qualifizierung von Arbeitskräften, aber auch die Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der hier Beschäftigten. Das durchschnittliche Bruttomonatseinkommen in Pflegeberufen beträgt bei einer 38-Stunden-Woche 2.360 €. Je nach Beruf variiert dieses Einkommen zwischen 1.828 € und 3.066 €.

Und es gibt auch hier Gehaltsdifferenzen zwischen Frauen und Männern. So weist der WSI-Lohnspiegel aus, dass das Einkommen der Frauen in Pflegeberufen insgesamt rd. 300 € unter dem der Männer liegt (im Mittelwert). Das macht einen Einkommensnachteil von 11,7% aus. Auffällig ist auch, dass der Männeranteil in den besser bezahlten Pflegeberufen am höchsten ist. Übrigens profitieren Beschäftigte in Pflegeberufen von der Tarifbindung: in tarifgebundenen Betrieben liegt ihr Monatseinkommen knapp 19% über dem Gehalt ihrer Kolleginnen und Kollegen in nicht tarifgebundenen Betrieben.

Für ver.di muss für die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen der Grundsatz *gleicher Lohn für gleiche Arbeit am gleichen Ort* gelten. Das ist es, was wir als Gewerkschaft jeden Tag versuchen durchzusetzen. Gerade in frauendominierten Branchen ist das aber kein einfaches Unterfangen. Dienstleistungen am Menschen werden immer noch in unserer Gesellschaft und in unserer Arbeitswelt zu wenig wertgeschätzt. Obwohl gerade dort die physischen und psychischen Belastungen mit am höchsten sind. Die Entlohnung besagt aber etwas anderes. Wenig Zuspruch, wenig Wertschätzung, wenig Akzeptanz für die Arbeit mit alten und kranken Menschen oder Kindern. Hier muss sich grundsätzlich etwas im Bewußtsein unserer Gesellschaft verän-

dern. Die Frage, warum ein Beschäftigter, der z.B. mit der Herstellung eines Autos befasst ist, das Dreifache an Gehalt bekommt wie die Pflegekraft, die einen Menschen gesund pflegt, konnte mir bis heute niemand beantworten. Die wenige Wertschätzung insbesondere für wichtige Sozialkompetenzen in diesen Berufen hat zum einen sicherlich mit einem tradierten Rollenbild in unserer Gesellschaft zu tun.

Wir Gewerkschaften sind uns aber sehr unserer Verantwortung bewusst, hier Veränderungen herbeizuführen. So haben wir bereits für den Erzieherinnenbereich eine Imagekampagne durchgeführt, um in der Öffentlichkeit für eine größere Akzeptanz der hohen Sozialkompetenzen zu werben. Dies muss auch für die Gesundheitsbranche gelten. Gewerkschaften können auch in Tarifverhandlungen bessere Arbeitsbedingungen und bessere Löhne verhandeln. Aber Gewerkschaften sind immer nur so stark wie ihre Mitglieder. Da, wo es hohe Organisationsgrade gibt, wo sich also viele Menschen für eine Gewerkschaftsmitgliedschaft entscheiden, können Gewerkschaften gute Tarifverträge abschließen. Insofern hat ver.di neue Modelle zur Mitgliedergewinnung und Mitgliederhaltarbeit entwickelt, die gerade im Gesundheitsbereich jetzt angewendet werden. Hier gilt es, durch die Erhöhung der Mitglieder die Gewerkschaften in ihrem tarifpolitischen Handeln zu stärken. Nur so werden wir dauerhaft zu einer Entlohnung kommen, die den Kompetenzen der Fachkräfte im Gesundheitswesen auch gerecht wird. Wertschätzung für einen Beruf lässt sich sicher nicht nur am Lohn festmachen – aber er ist schon ein starkes Indiz. Deshalb kämpfen wir für humane und familienfreundliche Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und für eine gerechte Bezahlung!



„Ich bin überzeugt, wenn das tägliche Honorar für eine Krankenschwester zehn Goldstücke betrüge, so würde kein Beruf der Welt weniger für eine Frau geeignet sein, als dieser; keiner würde die Schamhaftigkeit mehr verletzen, den Ekel stärker erregen, und in gewohnter Huld würde man nimmer mehr der schwächlichen Frau die Last der Krankenpflege aufgebürdet haben¹.“



Themenschwerpunkt Gesundheitsberufe: Viel Dienst – wenig Verdienst

Christel Riedel

So Hedwig Dohm, vor nunmehr 130 Jahren. Hatte sie Recht? Abgesehen davon, dass wir keine genaue Kenntnis haben von der Größe der in Bezug genommenen Goldstücke: Würde der Pflegeberuf tatsächlich durch eine Honorierung in Gold eine Aufwertung erfahren? Denkbar wäre zumindest auch, dass damit eine Abwertung des Goldpreises eingeläutet wird. Sie halten das für ein absurdes Gedankenspiel? Tatsächlich beschreibt diese Überlegung lediglich ein bekanntes Phänomen aus einer ungewohnten Perspektive: Wenn Frauen ein Berufsfeld erobert haben, sinken dort die Löhne.²

Breite Solidarität fehlt

Warum ist es bisher nicht wirklich gelungen, eine breite gesellschaftliche Solidarität mit den Vertreter/innen der Gesundheitsfachberufe herzustellen, von deren Qualifikation und Hilfsbereitschaft wir alle im Laufe unseres Lebens mit großer Wahrscheinlichkeit

irgendwann (und nicht nur einmal) existenziell profitieren?

Ein erster Grund könnte sein, dass die tatsächliche Lohnhöhe in diesen Berufen den meisten *Nichtgesundheitsberuflern* weitgehend unbekannt ist. Der Stolz verbietet es den Berufsangehörigen selbst lange Zeit, ihre Probleme offen zu legen. Nachdem die angestellten Ärztinnen und Ärzte, organisiert im Marburger Bund, mit ihren Aktionen inzwischen eine Menge erreicht und auch die Hebammen es mit ihrem Protest schon bis in die Tagesthemen geschafft haben, kommen nun auch die Pflegeberufe und die Medizinischen Fachangestellten und die Laborberufe (MTA's) mit ihrem Anspruch auf Aufwertung ihrer Berufe aus der Deckung. BPW Germany unterstützt mit dem aktuellen Themenschwerpunkt zum Equal Pay Day 2013 gezielt ihr Anliegen.

Ein weiterer Grund für die zögerliche Solidarisierung kann darin liegen, dass wir, die potenziellen Patient/innen, den Gedanken an Krankheit und Alter und Abhängigkeit ausblenden, so lange es

geht. Das ist zunächst einmal verständlich. „Irgendwann krieg ich Euch alle“ sagt Helmut Wallrafen-Dreisow, Geschäftsführer der Sozialholding Mönchengladbach und einer unserer Schwerpunktpartner, kämpferisch³ und konfrontiert damit uns, seine Zuhörer und Zuhörerinnen, ganz direkt mit der gern verdrängten Tatsache, dass wir alle einmal alt werden und dann nur in wenigen glücklichen Ausnahmefällen ohne Betreuung auskommen. Für den (von Gesunden als unwahrscheinlich angesehenen) Fall einer Erkrankung hoffen wir, mittels *der Röhre* oder anderer bildgebender Diagnoseverfahren schnell einen eindeutigen Befund zu erhalten, der nach fachkompetenter Erläuterung entweder durch einen chirurgischen Eingriff (möglichst in Vollnarkose) oder mittels wirkmächtiger Pillen in kurzer Zeit zu beheben sein wird. Krankheit und Heilung sehen wir gern als einen selbstbestimmten Reparaturbetrieb⁴ und stellen uns mit dieser Haltung gedanklich direkt neben unser Auto.

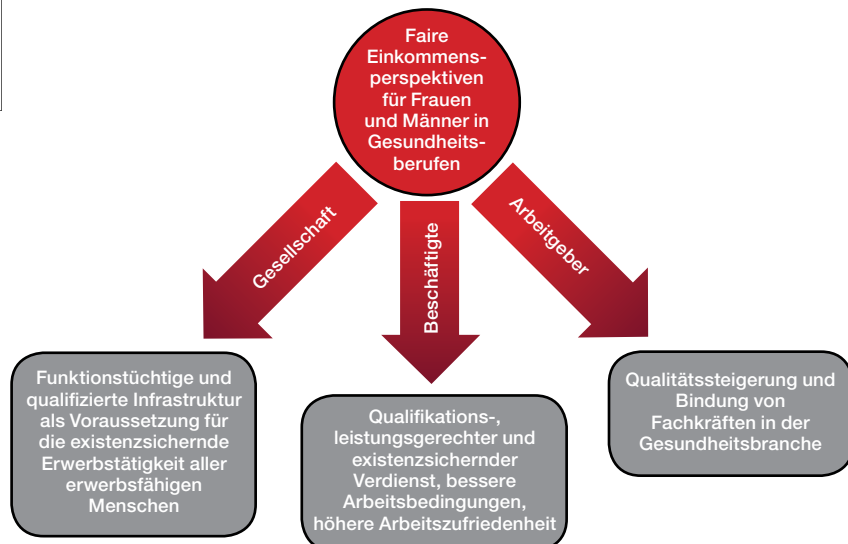
Ökonomen prägen die Debatte

Dort sind wir nicht allein: Gesundheitsökonomen schätzen ebenfalls den Wert gesundheitstechnischer und pharmakologischer Produkte höher als den Wert fachkundiger menschlicher Zuwendung in Pflege und Betreuung. In der Theorie besteht also Einigkeit – die Bedeutung qualifizierter Pflege und fachkundiger Unterstützung ärztlichen Wirkens sehen wir als marginal an.

Zu Unrecht – denn erfahrungsgemäß verläuft der Prozess im wirklichen Leben wesentlich zeitaufwändiger und deutlich weniger selbstbestimmt. Krankheit und Alter machen leider hilfebedürftig und abhängig – eine Erfahrung, die offenbar ein jeder und

**equal
pay
day, -**

FORUM EQUAL PAY DAY
Konzertierte Aktion zum Equal Pay Day
zwischen dem 8.03 und 25.03.2013



Prof. Katja Nebe,
Referentin des
EPD-Forum Berlin



eine jede zunächst einmal für sich selbst machen muss, um den Wert fachkundiger Hilfe tatsächlich abschätzen zu können. Das kann dauern – und wenn die Erkenntnis eintritt, ist es oft zu spät, um sich für die einzusetzen, die geholfen haben.

Echte Wertschätzung fehlt

In dieser von Schamhaftigkeit und Verdrängung geprägten Situation konnte bisher eine echte Wertschätzung der Gesundheitsberufe schwer gedeihen. Verschärfend wirken sich die Rahmenbedingungen zur Finanzierung unseres Gesundheitssystems⁵ aus: Gesundheitskosten werden durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gedeckelt. Personalkosten wurden in diesem Zusammenhang gern als vermeidbar angesehen. Nun allerdings kommt mit der demografischen Entwicklung, das heißt der Alterspyramide, das Problem des Fachkräftemangels auf. Europa-weit wird in allen Branchen geworben um junge, flexible und gebildete bzw. bildungsfähige Fachkräfte. Wie können Arbeitgeber ohne *Glamourfaktor* punkten im Wettbewerb um qualifizierten Nachwuchs? Unser Schwerpunktpartner Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflgerates und Geschäftsführer einer Akademie für Berufe im Gesundheitswesen, räumt ein, dass er viele gute Absolventen ziehen lassen muss ins europäische Ausland⁶ – weil dort teilweise bis zu 30% mehr gezahlt wird als in Deutschland und auch die Arbeitsbedingungen bessere sind.

Keine Diagnostik - keine Therapie sagen die Analytiker/innen in der Medizin⁷ (MTA's). Ein klassischer und anspruchsvoller MINT-Beruf – aber: vergleichsweise niedrig entlohnt. Die medizinischen Fachangestellten, die

wir aus den Praxen der niedergelassenen Ärzte kennen, liegen mit ihren Einkommen am unteren Ende der Skala⁸. Würden sie alle zusammen nur für drei Tage in den Streik treten – wären mit Sicherheit Menschenleben zu beklagen. Das unterscheidet die Angehörigen der Gesundheitsberufe zum Beispiel von den Lokomotivführern. Wegen dieser absehbaren Folgen – in Verantwortung vor den Patientinnen und Patienten – haben sie bisher nicht gestreikt und werden sie es vermutlich auch niemals tun. Zu befürchten ist allerdings, dass sie die *Abstimmung mit den Füßen* vornehmen und lieber Lokführer werden, anstatt sich für einen Gesundheitsberuf zu entscheiden.

Das dürfen wir nicht zulassen. Eine weitere Verschärfung des Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen gefährdet den Bestand des Gesundheitssystems. Ohne die bisher gewohnte gute Infrastruktur werden wir eine weitere Zunahme *häuslicher Pflegearrangements*⁹ erleben – eine wissenschaftlich akzeptierte Umschreibung der Tatsache, dass Frauen aus dem Erwerbsleben ausscheiden, um wieder verstärkt Familienaufgaben zu übernehmen. Alle diese, häufig hochqualifizierten, Frauen fehlen dann in ihren erlernten Berufen und verstärken dort den Fachkräftemangel. Sie fehlen auch auf den (mittleren) Stufen der Karriereleiter, von denen aus der weitere Aufstieg in die Führungsebene gestartet wird.

Solidarität mit den Fachkräften in den Gesundheitsberufen muss also unser aller Anliegen sein –

weil unserer Gesellschaft ohne ein verlässliches und für alle bezahlbares Gesundheitssystem die Voraussetzungen fehlen für eine existenzsichernde

Erwerbstätigkeit aller erwerbsfähigen Menschen. Faire Einkommensperspektiven für Frauen und Männer in den Gesundheitsberufen nutzen den Beschäftigten, weil sie zu höherer Arbeitszufriedenheit führen und damit den Verbleib qualifizierter Kräfte im Beruf fördern. Letzteres nutzt insbesondere den Arbeitgebern, die bereits jetzt Head-Hunter einsetzen müssen auf der Suche nach Personal. Es geht also um beides: Lohngerechtigkeit und Erhalt einer Infrastruktur, die insbesondere durch die demografische Entwicklung und eine massive Politik der Kostensenkung in ihrem Bestand bedroht ist.

Darum: engagieren Sie sich am Equal Pay Day für unsere gemeinsamen Ziele!

Anmerkung: Die Fundstellen 2-8 verweisen auf das EPD-Toolkit www.equalpay-day.de/toolkit-2013-gesundheitswesen/

¹ Hedwig Dohm: *Die Arbeitsteilung zwischen Mann und Frau*, 1874 (zitiert nach Claudia Bischoff: *Frauen in der Krankenpflege*, CAMPUS, 1992, S. 142)

² Leutze/Straus, WZB Brief Arbeit 2/2009 (PPPäsentation zum Schwerpunktthema)

³ Film Tool: *Frauen in der Pflege*

⁴ Siehe auch Film Tool Prof. Hengsbach „Gesundheitsökonomie – unter Ausschaltung des Menschen?“

⁵ Power Point Präsentation von Prof. Katja Nebe

⁶ Siehe Video zur Podiumsdiskussion

⁷ Siehe Statement dvta

⁸ Siehe Statement des Verbandes medizinischer Fachberufe

⁹ Sachverständigengutachten zum Gleichstellungsbericht BT-Drs. 17/6240, Seite 123



TVöD 2005 – wo bleibt die Entgeltordnung

Fragen¹ von Christel Riedel
an Ulrike Burchardt und
Dirk Reidelbach

Ulrike Burchardt,
ehemaliges Mitglied der
Bundestarifkommission
und Vorsitzende des
Landesbezirksfachbe-
reichsvorstandes Berlin-
Brandenburg von ver.di
Dirk Reidelbach, Refe-
rent für Entgeltordnung
im Krankenhausbereich
bei der Vereinigung
kommunaler Arbeitsge-
ververbände (VKA).

Für den öffentlichen Dienst einigten sich die Tarifvertragsparteien im Jahr 2005 auf einen neuen Tarifvertrag (TVöD) als Nachfolgevertrag zum alten Bundesangestelltentarifvertrag (BAT). Auf eine zeitgemäße Entgeltordnung konnten sie sich bis heute nur auf Länderebene² einigen – und auch dazu brauchten sie sechs Jahre. Die Entgeltordnung soll die alte Vergütungsordnung ablösen und die tarifliche Eingruppierung der Beschäftigten regeln. Sie ist die zentrale Vorschrift für die Arbeitsplatzbewertung in den Unternehmen.

Das Regelwerk für die Länder lohnt die Betrachtung schon deshalb, weil eine ebenso interessante wie bunte Palette möglicher Tätigkeiten im öffentlichen Dienst benannt wird: unter der Rubrik *Bestimmte Beschäftigungsgruppen* versammeln sich mehr als 70 sehr unterschiedliche Berufe (Ärzte, Fotografen, Medizinische Fachangestellte, Taucher, Beschäftigte in Gestüten – um nur einige zu nennen), in der Rubrik *Beschäftigte mit körperlich/handwerklich geprägten Tätigkeiten* finden wir mehr als 20 Berufe wie z.B. Facharbeiter, Beschäftigte in der Entsorgung und Hausmeister. Die letzte Rubrik *Beschäftigte im Pflegedienst* benennt 13 Berufe (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Lehrkräfte, Gesundheits- und Krankenpflegehelferinnen, Altenpflegerinnen, Hebammen).

Ist als Ergebnis der Verhandlungen für die Bundes- und kommunale Ebene ein ähnliches Regelwerk zu erwarten – mit der Anknüpfung an auszuübende Tätigkeiten?

U. Burchardt: Ja, auch hier ist ein solches Regelwerk geplant, aber es knüpft natürlich auch an Qualifikationen an. Es gibt vier Qualifikationsstufen: die unter dreijährige Ausbildung, die dreijährige Ausbildung, Fachhochschulabschluss und Hochschulabschluss.

D. Reidelbach: Die Verhandlungen zur Entgeltordnung für den Bereich der VKA sind noch nicht abgeschlossen. Die Eingruppierung soll sich auch bei der neuen Entgeltordnung nach den von den Beschäftigten jeweils auszuübenden Tätigkeiten richten. Die VKA hat in die Verhandlungen daher eingebracht, dass die Entgeltordnung der immer größer werdenden Bedeutung einer qualifizierten Ausbildung Rechnung tragen muss. Darauf haben die Gewerkschaften eher zurückhaltend reagiert.

Wie werden Berufe behandelt, die in dieser Aufzählung nicht genannt werden – um ein Beispiel zu nennen: der Master in Diabetesberatung mit einem vierjährigen Studium?

U. Burchardt: Der Master in Diabetesberatung wird analog einer Absolventin/einem Absolventen mit vergleichbarer Ausbildung als Ernährungsberater/in und einem Studium eingruppiert. Ver.di hat gefordert, dass Kolleg/innen, die ohne eine geforderte formale Qualifikation tatsächlich gleichwertige Arbeit leisten (weil sie die Fähigkeiten und Erfahrungen mitbringen) nicht deutlich schlechter, sondern nur eine Entgeltgruppe tiefer eingruppiert werden als die formal qualifizierten Kräfte.

D. Reidelbach: Wir sehen das Erfordernis, die Entgeltgruppen des TVöD grundsätzlich in folgende vier Qualifikationsebenen zu untergliedern: unter dreijähriger Ausbildung, mindestens dreijährige Ausbildung, Bachelor- bzw. Fachhochschulbildung sowie wissenschaftliche Hochschulbildung. Dabei müssen den Beschäftigten dem jeweiligen Qualifikationsniveau entsprechende Tätigkeiten übertragen sein. Sofern für bestimmte Berufe keine speziellen Merkmale ausgebracht sind, soll für die Eingruppierung weitgehend auf die allgemeinen Merkmale zurückgegriffen werden können.

In der genannten Entgeltordnung sind die Beschäftigten im Pflegedienst mit einem Frauenanteil von durchschnittlich 80% nicht in der Rubrik Gesundheitsberufe, sondern vielmehr in einer separaten Abteilung aufgeführt worden. Was sind die Gründe – und hat diese Ausgrenzung Auswirkungen auf eine geschlechtergerechte Arbeitsplatzbewertung und damit Entlohnung?

U. Burchardt: Diese Aufteilung gab es schon im BAT. Die VKA wollte sie so beibehalten. Die Arbeitgeber erklärten seinerzeit (d.h. 2005), der hohe Stundenlohn in der Entgeltgruppe (EG) 7 (Werte von 2013: 12,68 € brutto in EG 7a Stufe 1 bis zu 14,42 € brutto in EG 7a Stufe 6) sei für die Pflege nicht mehr gerechtfertigt, da – anders als 1989 – ein Pflegenotstand nicht mehr existiere. Pflege setze lediglich eine dreijährige Ausbildung voraus und dürfe daher nicht anders bewertet werden als andere Berufe mit dreijähriger Ausbildung: Eingruppierung in die niedrigere Entgeltgruppe 5.

Ver.di hat diese alleinige Bewertung auf der Basis von Ausbildungsdauer als unsachgemäß zurückgewiesen und argumentiert, die hohe Verantwortung, die hohe psychische und körperliche Belastung im Umgang mit kranken und

Podiumsdiskussion am 8.10.2012 in Berlin,
vlnr. H. Wallrafen-Dreisow, E. Müller-Rawlins,
A. Westerfellhaus, U. Burchardt,
Dr. M. Bennemann, M. Heckel (Moderatorin)

hilfebedürftigen Menschen erfordere eine andere Bewertung als der handwerkliche Umgang mit Material (z.B. beim Maler). Das war den Arbeitgebern schwer zu vermitteln. Als Kompromiss wurde die Eingruppierung in der Entgeltgruppe 7 beibehalten – mit einer stufenweisen Höherbewertung innerhalb dieser Entgeltgruppe. Das war eine harte Diskussion, es ging bei den Beträgen zu wie auf einem Bazar! Heute sieht jede/r den Pflegenotstand – handelte es sich damals doch nur um eine Zweckbehauptung der Arbeitgeber, um Arbeitskosten zu senken!?!)

D. Reidelbach: Gerade die Pflegekräfte werden nach dem TVöD besser eingruppiert als andere Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes mit einer vergleichbaren Qualifikation. Dabei gelten für Beschäftigte in Pflegeberufen eigene, höhere Tabellenwerte. Es handelt sich somit nicht um eine Ausgrenzung, sondern vielmehr um eine Heraushebung der Pflegekräfte.

Welche Bedeutung haben Entgeltordnungen für den wachsenden Anteil befristeter beschäftigter Mitarbeiter/innen oder Leiharbeiter/innen in den genannten Berufen?

U. Burchardt: Befristung spielt bei der Eingruppierung keine Rolle - Leiharbeiter/innen werden nach dem geringeren Zeitarbeitsstarif vergütet. Weil die Verwaltungskosten zu Buche schlagen, kosten sie das Unternehmen mehr als Festangestellte. Dennoch nehmen sie zu, weil die Unternehmen glauben, durch die höhere Flexibilität Geld einzusparen.

D. Reidelbach: Die Befristung eines Arbeitsverhältnisses spielt für die Eingruppierung keine Rolle. Befristet Beschäftigte werden in gleicher Weise eingruppiert, wie unbefristet Beschäftigte. Es gibt diesbezüglich keine Unterschiede. Für Leiharbeiternehmer gelten, soweit auf diese nicht der TVöD Anwendung findet, die gesetzlichen Equal-Pay-Regelungen.



Welches sind die wesentlichen Hindernisse, die einer Einigung über eine Entgeltordnung zum TVöD entgegenstehen?

U. Burchardt: Meine Erfahrung aus den Verhandlungen ist: Die Arbeitgeber wollen in erster Linie Geld sparen. Ver.di hingegen will, dass keine/r schlechter gestellt wird als nach der alten Vergütungsordnung zum BAT bzw. dem Bundesmanteltarifvertrag.

Unabhängig von der Entgeltordnung fordert ver.di für den Gesundheitsbereich einen Tarifvertrag zum Gesundheitsschutz, gesetzliche Personalbemessung und eine stabile Krankenhausfinanzierung!

D. Reidelbach: Es gibt keine unüberwindbaren Hindernisse. Aus Sicht der VKA ist dringender Handlungsbedarf gegeben, die Entgeltordnungsverhandlungen zum Abschluss zu bringen. Diesbezüglich sehen wir uns auf einem guten Weg.

Bei den Entgeltordnungsverhandlungen für den Bereich der VKA müssen jedoch für die Beschäftigten von ca. 10.000 Arbeitgebern neue Eingruppierungsregelungen vereinbart werden. Dies umfasst Beschäftigtengruppen und Tätigkeitsfelder von der klassischen Kernverwaltung bis hin zu spezifischen Anforderungen der kommunalen Betriebe und deren Einrichtungen. Dementsprechend dauert auch die Entwicklung dieses neuen Rechts seine Zeit.

¹ Es handelt sich nicht um ein Gespräch – die 5 Fragen wurden schriftlich gestellt und beantwortet. Das erklärt es, dass die Antworten sich nicht aufeinander beziehen.

² www.fernuni-hagen.de/imperia/md/content/arbeiten/personal-undarbeitsthemen/bezahlung/entgeltordnung_endfassung.pdf



Gesundheitsökonomie – unter Ausschaltung der Menschen?

Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach SJ



Prof. Dr. Friedhelm Hengsbach trat 1957 als Zwanzigjähriger der Gesellschaft Jesu bei, studierte an der Hochschule für Philosophie München, Katholische Theologie und Wirtschaftswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. 1977 Promotion, 1985 bis zu seiner Emeritierung 2005 Professor für Christliche Sozialwissenschaft bzw. Wirtschafts- und Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main. Er leitete bis 2006 das Nell-Breuning-Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik. Hengsbach ist Mitglied im wissenschaftlichen Beirat von Attac.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung ist das solidarische umlagefinanzierte Gesundheitssystem deformiert worden. Öffentliche Grundrechtsansprüche wurden tendenziell in private Tauschverhältnisse überführt.

Kommerzieller Imperialismus

(1) Der mündige Kunde hat den kranken Patient abgelöst. Dieser betrachtet die Gesundheit als ein Gut, das zwar im Rang seiner Bedürfnisse oben an steht, aber wie die anderen Güter einer rationalen Kosten-/Nutzen-Kalkulation unterliegt.

Tatsächlich gehen die Menschen jedoch sehr irrational mit dem Gut Gesundheit um. Sie schätzen sie niedrig ein, solange sie gesund sind, und sehr hoch, sobald ihnen etwas weh tut. In Lebensgefahr sind Patienten zu hohen Zahlungen bereit, sobald sie gesund sind, nicht mehr.

(2) Krankenhäuser und Ärzte/Ärztinnen sollen sich mit speziellen Leistungsangeboten profilieren und miteinander um Kunden mit hoher Kaufkraft werben. In entwickelten Gesellschaften weiten sich immaterielle Bedürfnisse aus, die einen expandierenden Gesundheitsmarkt entstehen lassen. Auf solchen Märkten können auch höhere Löhne gezahlt werden. Durch eine Vorauswahl einfacher Krankheitsfälle und das Weiterreichen von multimorbiden Fällen können außergewöhnliche Belastungen vermieden und die Profite gesteigert werden.

Aber Gesundheit ist keine Ware wie viele andere. Sie ist von der Person nicht zu trennen. Gesundheit gehört zu den Vertrauensgütern, sie ruht auf einer persönlichen Beziehung zwischen denen, die Gesundheit vermitteln, und

denen, die gesund werden möchten. Sie hat Grundrechtscharakter.

(3) Gesundheitseinrichtungen sollen einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation unterworfen werden. Leitende Angestellte gelten als wertschöpfende Faktoren, die Menge der Belegschaft als Kostenfaktoren. Das Ziel einer Gesundheitseinrichtung ist die Erhöhung des Profits bzw. eines Überschusses. Die Kostensenkung wird erreicht durch Personalabbau, Leistungssteigerung, Arbeitsverdichtung, Lohnkürzung, unbezahlte Mehrarbeit, Auslagerung und erhöhte Motivation. Der Steigerung der Arbeitsproduktivität dient die Qualitätssicherung in Bezug auf das Ergebnis, den Prozess und die Struktur der Einrichtung.

Aber personennahe Dienste nach den Kriterien der Industrieproduktion zu bewerten, ist ebenso ein Fehlschluss wie der Versuch, den Output einer Gesundheitsleistung unabhängig vom Prozess der Heilung und ohne den Eigenbeitrag der Patienten zu messen. Personennahe Dienste sind an die Kooperation der Anbietenden und Nachfragenden gebunden.

Gerechtigkeits- und Solidaritätsdefizite

(1) Verdient man/frau, was sie verdienen? Die Theorie der Lohnfindung unterscheidet: Bedarfsgerechter Lohn, der den Lebensunterhalt einer möglichen Familie gewährleistet. Er wird nicht gezahlt, weil Sozialpolitik nicht Sache der Unternehmer ist. Leistungs- oder Marktlohn: Ein Unternehmer stellt einen Arbeiter oder eine Arbeiterin dann ein, wenn der zusätzliche Wert seiner/ihrer Arbeitsstunde deren Kosten übersteigt. Dies wäre allerdings ein Vertrag unter ungleichen Bedingungen, vermutlich ein ungerechter Vertrag.

Tatsächlich werden Löhne im Rahmen der Tarifautonomie vereinbart. Eine funktionsgerechte, kostenniveauneutrale Lohnentwicklung würde der

gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung folgen. Um einen solchen Lohn durchzusetzen, ist eine kollektive Verhandlungsmacht der Arbeitnehmerseite erforderlich. Sie muss ausreichen, um den Arbeitgeber unter Druck zu setzen, damit ein fairer Interessenausgleich zustande kommt. Dies gelingt, wenn die Interessen der Kapitalgeber, des Staates, der Umwelt und der Belegschaft befriedigt werden, also aller Ressourcen, die zur Wertschöpfung beigetragen haben.

(2) Acht Gründe können den weiterhin bestehenden Lohnabstand zwischen Männern und Frauen im Bereich personennaher Dienste erklären.

Erstens spielen die Verhandlungsmacht der nach Sektoren zergliederbaren abhängig Beschäftigten sowie die Selbst- oder Fremddeutung ihrer Kompetenzen eine gewichtige Rolle. Die ursprünglich gewerkschaftlich stark organisierten Bauarbeiter, Drucker und Setzer, Bergleute, Metall- und Chemiearbeiter haben erreicht, dass ihre industrie- und exportwirtschaftlichen Kompetenzen gesellschaftlich hoch bewertet wurden.

Zweitens blieben die Industriearbeiten, welche die Männer den Frauen überlassen haben, relativ gering bewertet. Das gleiche gilt für jene immer schon den Frauen zugewiesenen Arbeiten, die ursprünglich als unbezahlte Hausarbeit geleistet und später in bezahlte Erwerbsarbeit überführt wurden.

Drittens ist die deutsche Wirtschaft extrem industrie- und exportlastig. Diese Branchen werden in der öffentlichen Meinung und durch politische Subventionen massiv unterstützt. Der Industrie- und Exportlobby gelingt es, von den Industriegewerkschaften unterstützt, die Regierung als Geisel zur Durchsetzung der eigenen Interessen zu benutzen.

Viertens untersteht der überwiegende Teil der den Frauen zugewiesenen personennahen Dienste der Regie öffentlicher Haushalte. Die marktradikalen Propagandisten haben die Bereitstellung öffentlicher Güter (Gesundheits-, Pflege-, Erziehungs- und Bildungsleistungen) unter das Vorzeichen von Schuldenbremsen und Spardiktaten, des schlanken Staates und beschränkter öffentlicher Ausgaben gestellt.

Fünftens hat die für die meisten Frauen weiter bestehende Kombination von bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter privater Hausarbeit den Aufbau solidarischer Gegenmacht und die Durchsetzung höherer Löhne verhindert.

Sechstens ist es den deutschen Gewerkschaften zwar halbwegs gelungen, innerhalb der Betriebe und innerhalb der Branche die Solidarität der starken mit den schwächeren Kollegengruppen herzustellen, nicht aber über die Grenzen der Branchen hinaus. Dass etwa die Chemiearbeiter zugunsten der Erzieherinnen oder Krankenschwestern einen Solidaritätsstreik beginnen, ist wohl undenkbar.

Siebtens sind die Kirchen als größte Arbeitgeberinnen im Bereich personennaher Dienste mitverantwortlich für den Lohnabstand und die geringe Verhandlungsmacht der abhängig Beschäftigten, solange sie ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine mit Drohpotential ausgestattete Solidaritätsbewegung verweigern.

Achtens sind die Beschäftigten im Bereich personennaher Dienste überdurchschnittlich ausbeutbar, solange sie ihr Erwerbsinteresse der Option unterordnen, eine Arbeit zu leisten, die mit einer altruistischen Motivation vereinbar ist und durch eine personale und kommunikative Dimension angereichert ist.

Siehe auch die Videodokumentation des Vortrages im Toolkit, www.equalpayday.de/toolkit-2013-gesundheitswesen/



Ökonomisierung der Pflege – was haben die Frauen davon?

Prof. Dr. Michael Isfort

Sie haben mit Ihrem Vortrag wichtige Denkanstöße gegeben und einen Grundwiderspruch aufgezeigt: Der unbestritten hohe Bedarf an qualifizierter Pflegeleistung ändert offenbar nichts daran, dass die Löhne im unteren Bereich stagnieren. Was muss sich ändern?

Prof. Dr. Michael Isfort
Professor für
Pflegerwissenschaft und
Versorgungsforschung,
Private Universität
Witten-Herdecke

Ja, so kann man das sehen. Dies ist ein fundamentaler Widerspruch. Er erklärt sich aber, wenn man genauer hinsieht. Zum einen erzeugt der hohe Bedarf Angst – der

bestehende Fachkräftmangel aber wird nicht etwa mit mehr Qualifikation und höheren Gehältern beantwortet, sondern folgt weiterhin der Devise: Pflegen kann jeder, wenn er das Herz am rechten Fleck hat. Die damit verbundene Konsequenz ist, dass preiswerte ausländische Kräfte angeworben werden sollen, Fachkräftstandards außer Kraft gesetzt oder gar nicht erst eingeführt werden und so einem niedrig qualifizierten Berufsprofil entgegen gearbeitet wird. Dies erfolgt immer mit dem Hinweis darauf, dass man akut mehr Personen benötigt, ohne zu bemerken, dass diese skandalöse Dequalifizierung und Unterfinanzie-

rung der professionellen Pflege Teil der Ursache des Fachkräftmangels sind und nicht dessen Lösung. Die Berufsangehörigen müssen konsequent für höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen eintreten und dies auch erstreiten. Die angestellten Ärzte haben dies erfolgreich getan: Sie haben ihre hohe Berufsbelastung öffentlich gemacht und sind auch vor Streiks nicht zurückgeschreckt. Vergleichbares ist mir aus anderen Gesundheitsberufen nicht bekannt. Die Pflegenden aber scheinen zudem erpressbar, wenn man ihnen damit droht, dass bereits geringe Lohnsteigerungen zu weiterem Personalabbau führen und sich der



Foto: LMU Munich 2012 - Koch, Förschbeck

Arbeitsdruck dann weiter erhöht. Dies ist moralisch nicht zu verantworten. Ändern muss sich demnach auch die Finanzausstattung der Einrichtungen: Lohnerhöhungen müssen von den Kostenträgern vollumfänglich refinanziert werden, damit die Spirale nicht weiter nach unten getrieben wird.

Gesundheitsberufe stellen hohe Anforderungen an die soziale Kompetenz und die fachliche Qualifikation der Berufsangehörigen – wer einmal selbst darauf angewiesen war, weiß das. Warum gibt es keinen breiten gesellschaftlichen Konsens, dass diese Fachlichkeit ihren Preis hat?

Tatsächlich wird die Fachexpertise *kleingeredet* oder völlig ausgeblendet. Wenn zum Beispiel immer wieder der hohe Wert der Familienpflege betont wird, dann sagt das doch etwas aus über die Einschätzung des Bedarfs an notwendiger Fachlichkeit. Zugespitzt formuliert: Wer zu Hause ohne die notwendigen pflegerischen Kenntnisse und ohne die professionelle Distanz dauerhaft pflegt, überfordert sich damit sowohl psychisch wie physisch und ruiniert die eigene Gesundheit. Wer dafür die eigene Erwerbstätigkeit aufgibt, trägt darüber hinaus zur Verstärkung des Fachkräftemangels an dieser Stelle bei. Ein paar Zahlen: Im Jahr 2009 wurden von ca. 2,34 Millionen Pflegebedürftigen mehr als 1 Million zu Hause von Familienangehörigen versorgt. Das Gutachten der Sachverständigenkommission zum Gleichstellungsbericht stellt fest, dass etwa zwei Drittel der Hauptpflegenden noch im Erwerbsalter

sind¹. Hier muss der weiteren Privatisierung der Pflegeaufgaben entgegen gewirkt werden, weil sie typischerweise die Frauen trifft, die mit ca. 80% den größten Teil der Pflegearbeit leisten. Privatisierung und eine zu stark auf Familie ausgerichtete Pflegepolitik führt unter anderem auch zu der hohen Anzahl an irregulär beschäftigten Haushaltshilfen aus Mittel- und Osteuropa, da den Familien mit ihren komplexen Problemlagen nicht strukturiert geholfen wird. Die Leidtragenden sind auch hier wiederum Frauen, die unter unklaren Arbeitsverhältnissen eine schwere Aufgabe übernehmen, die sie nicht selten überfordert. Es muss dringend eine Vergesellschaftung der Lösungen vorangetrieben werden.

Sie haben die Fachexpertise sehr anschaulich mit dem Bild eines Intensivbettes dargestellt: Das bringt vermutlich auch einen ausgewachsenen Mechatroniker zum Erschauern. Vor allem deshalb, weil es hier der Mensch ist, der mit Hilfe des Maschinenparks repariert werden soll – und nicht umgekehrt.

Intensivpflegekräfte müssen neben der sozialen und pflegerischen Fachkompetenz auch ein Verständnis für die Technik und ihre Interaktion mit dem lebenden Organismus mitbringen. Tatsächlich gehören sie mit einem durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst von ca. 3.000 € auch zu den Spitzenverdienern in der Berufsgruppe der Pflegekräfte. Wer allerdings mit dieser oder vergleichbarer Qualifikation in der Gesundheitsindustrie oder der

Prof. Michael Isfort,
Referent des
EPD-Forum Stuttgart



Versicherungswirtschaft arbeitet, kann leicht das Doppelte verdienen – ohne Schichtdienst und ohne die mit dem *Dienst am Menschen* verbundenen psychischen Belastungen. Fachqualifizierte Pflegenden in diesem Bereich haben eine über fünf Jahre dauernde Qualifikation hinter sich, das muss sich lohnen. Es gibt aber zu wenig Anreize zur Weiterbildung und aktuell fehlt darüber hinaus auch eine Abbildung *neuer* Berufe, wie akademisch qualifizierter Pflegenden im Tarifgefüge. Der *Pflegestandort* Deutschland ist international betrachtet kein attraktiver Platz – die Wanderbewegungen führen um Deutschland herum oder für Interessierte aus Deutschland heraus. Das aber verstärkt die Problematik hierzulande.

Mein Fazit: Es gibt vielfältigen Handlungsbedarf seitens der Politik, der Gewerkschaften, der Kostenträger und der Arbeitgeber. Wir brauchen zukunfts-feste Planungen und Strategien und eine deutliche Aufwertung der für die Gesellschaft so wichtigen Pflegearbeit.

¹ Sachverständigengutachten zum Gleichstellungsbericht, BT-Drs. 17/6240, Seite 123.



*Edda Schliepack,
Sozialverband Deutschland,
Sprecherin der Frauen im
Bundesverband
beim EPD-Forum Berlin*



*Lutz Stroppe,
Staatssekretär im
BMFSFJ*



*Margaret Heckel,
Moderatorin der
Aufaktveranstaltung
in der Charité,
Berlin*



Im Kampf gegen ungleiche Bezahlung: sechs Jahre Equal Pay Day

Simone Denzler

„Lohnlücke sinkt: Equal Pay Day rückt vier Tage nach vorne“ –

konnten die Business and Professional Women (BPW) Germany im Oktober 2012 erfreut verkünden. Der Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern war laut Statistischem Bundesamt von 23 Prozent auf 22

Prozent gesunken. Ein Lichtblick: Nach Jahren der Stagnation kam endlich Bewegung in die Zahlen – nicht zuletzt dank der Frauen und Männer, die seit Jahren gemeinsam mit dem BPW Germany für gleiche Einkommenschancen auf die Straße gehen. Doch zurücklehnen können wir

uns nicht. Die Zahlen geben keine Entwarnung. Vielmehr sind sie für uns ein Ansporn, mit noch mehr Druck gegen die Lohnlücke anzugehen.

Initiative Rote Tasche hieß die erste Aktion, mit der der BPW Germany 2007 Deutschland wachrüttelte. Das Frauennetzwerk machte mit roten Taschen sichtbar, dass Frauen im Durchschnitt trotz Gleichstellungsgesetzen und EU-Verträgen rund ein Viertel weniger verdienen als Männer. Wie kann es sein, fragten sich die berufstätigen Frauen des Netzwerks, dass sie, obwohl bestens ausgebildet und hoch motiviert, am Ende des Monats meist weniger auf dem Gehaltszettel stehen hatten als ihre männlichen Kollegen? Dass meist der Kollege die Beförderung erhielt, obwohl sie selbst doch den entscheidenden Impuls für das neue Projekt gegeben hatten? Und warum, so fragten sie sich, bedeuteten Kinder für Frauen auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts noch allzu oft das Karriere-Aus und damit finanzielle Einbußen?

Damit sich dies ändert, initiierte der BPW Germany 2008 einen Aktionstag für gleiche Bezahlung für Frauen und Männer in Deutschland, den Equal Pay Day, und koordiniert ihn seither. Der Aktionstag wurde von vielen Ländern sowie der Europäischen Kommission aufgegriffen und nach deutschen Vorbild begangen: An dem Tag, der rechnerisch markiert, wieviele Tage Frauen nach Ablauf eines Jahres mehr arbeiten müssen, um genauso viel Geld in der Tasche zu haben wie Männer bereits an Sylvester.

Auf Anhieb beteiligten sich 2008 bundesweit 6.000 Frauen und Männer an 40 Aktionen in 25 Städten in ganz Deutschland – und die roten Taschen sind zum Symbol für die roten Zahlen in den Geldbörsen der Frauen geworden. Die Empörung war groß, wenn die Aktionsteams über die Lohnlücke und ihre Ursachen aufklärten. Das Bewusstsein, dass weniger Lohn weitreichende Folgen für den Lebensverlauf von Frauen und Familien und damit für die gesamte deutsche Volkswirtschaft hat, musste erst noch geweckt werden. Heute wissen wir, dass weder Bildung noch Berufserfahrung die Lohnlücke schmälern – im Gegenteil. Wir sehen mit Sorge, dass die Lohnlücke mit dem Bildungsniveau ansteigt. Für höhere Abschlüsse (u.a. Hochschulabschlüsse) liegt der Entgeltunterschied bei 27 Prozent, in Führungspositionen sogar bei 30 Prozent. Auch Alter und Berufserfahrung schützen vor einer finanziellen Schlechterstellung nicht. 11 Prozent beträgt der so genannte *Gender Pay Gap* bei den 25 bis 34 Jährigen, bei den 35 bis 44 Jährigen ist er bereits auf 24 Prozent angestiegen. Im EU-Vergleich nimmt Deutschland in Sachen Entgeltungleichheit einen der hintersten Plätze ein.

Seit Herbst 2011 leitet der BPW Germany die Bundesgeschäftsstelle Entgeltgleichheit sowie das Forum Equal Pay Day. Damit kann nun das ganze Jahr über daran gearbeitet werden, gleiche Einkommenschancen für Frauen und Männer herzustellen. Die so genannten Equal-Pay-Day-Foren informieren bereits einige Monate vor dem Aktionstag über das jeweilige Schwerpunktthema. So können Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gewonnen werden, die die Thematik in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft weitertragen und Aktionen anstoßen.

Rund 700 Aktionen bundesweit wurden den Initiatorinnen zum Equal Pay Day 2012 gemeldet. Doppelt so viele erwarten wir in diesem Jahr zu unserem Schwerpunktthema *Lohnfindung in Gesundheitsberufen* unter dem Motto *Viel Dienst – wenig Verdienst*. Krankenschwestern, Altenpfleger und Hebammen haben allen Grund sich lautstark am Aktionstag zu Wort zu melden: Die schlechtere Bezahlung in Berufen, in denen hauptsächlich Frauen arbeiten – und dazu gehören Gesundheitsberufe –, ist eine wesentliche Ursache für den Entgeltunterschied zwischen Frauen und Männern.

Übrigens:

Das **Logo zum Equal Pay Day** steht Ihnen im Rahmen Ihrer Aktion(en) zum *Gleichbezahltag* zur freien Verfügung. Sie können es sich auf www.equalpayday.de im Pressebereich herunterladen. Nutzen Sie es – und zeigen Sie ihre Verbundenheit mit einer weltweiten Initiative für gleiche Bezahlung für Frauen und Männer.



Equal Pay Day in der Kommune

Christine Rabe

Christine Rabe ist Gleichstellungsbeauftragte im Berliner Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf und gemeinsam mit Brigitte Kowas, Frauenbeauftragte im Bezirk Reinickendorf, Sprecherin der Berliner Landesarbeitsgemeinschaft.

Kein anderes Thema in der Gleichstellungspolitik ist in Deutschland so relevant, so brisant wie die Lohnungleichheit zwischen Frauen und Männern. Könnte doch eine angemessene Bezahlung viele Frauen aus der ökonomischen Abhängigkeit von besser verdienenden Partnern oder vom Arbeitslosengeld II befreien. Viel Dienst – wenig Verdienst trifft für die meisten Frauen in den meisten Berufen zu.

Die gute Nachricht ist: Der Equal Pay Day kann 2013 bereits am 21. März stattfinden, denn bereits am 21. März (!) haben die Frauen in Deutschland das durchschnittliche Einkommen der Männer des Jahres 2012 erreicht!

Oder nimmt der Einkommensunterschied nur deshalb ab, weil das Einkommen der Männer sinkt? Oder schafft es die rosa Lillifée, die Mädchen wieder in die Prinzessinnenrolle mit fröhlicher, (schlecht) bezahlter Herdverantwortung zu führen?

Eine geschlechtergerechte Bezahlung wird helfen, traditionelle Rollenscheidungen zu überwinden, aus dem *Zu-Verdienerinnen-Modell* wird ein *Gemeinsam-Verantwortung-Gemeinsam-Verdienen-Modell*. Junge Paare wollen das schon lange, Väter wollen aus der Allein-Ernährer-Verantwortung entlassen werden. Das Gutachten zum Ersten Gleichstellungsbericht belegt die Einstellungen ganz deutlich, zeigt aber auch auf, dass die Weichen immer noch falsch gestellt sind. Die vom sozialversicherten Haupternährer abgeleitete Familienmitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung verleitet zur Aufnahme eines Minijobs genauso wie das Ehegattensplitting im Steuerrecht. Damit wird das alte Rollenmodell

zementiert. Paare entscheiden sich oftmals aus finanziellen Erwägungen für Arbeitsteilungen, die sich im weiteren Lebensverlauf desaströs auswirken. Solange unzureichende Möglichkeiten der Kinderbetreuung und der Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen von Frauen kompensiert werden – wird sich der Anteil von Frauen in Führungspositionen kaum steigern.

Wofür stehen die Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten?

Wir fordern die Bundesregierung auf, die Empfehlungen des hervorragenden Gutachtens zum Gleichstellungsbericht umzusetzen. Deutschland braucht die Quote für Führungspositionen und die Abschaffung des Niedriglohns. Frauen und Männer müssen den gleichen Zugang zum Arbeitsmarkt haben und sich gleichberechtigt Familien- und Fürsorgearbeit teilen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Frauen- und Gleichstellungsbeauftragten nimmt immer wieder Stellung zu diesen Themen, fordert die Bundesregierung zum Handeln auf. Unsere politischen Forderungen begleiten wir mit öffentlichen Kampagnen, so auch am Equal Pay Day. In Berlin beispielsweise werden wir 2013 zum vierten Mal Unternehmen, Geschäfte und Restaurants auffordern, am 21. März Frauen 22 Prozent Rabatt zu gewähren – www.22-prozent.de

Auch in vielen anderen Städten bundesweit engagieren sich die Gleichstellungsstellen und Frauenbüros für equal pay und veranstalten Tagungen, organisieren Rabattaktionen und machen öffentlich auf die Diskrepanz von 22% aufmerksam.



Gleichstellungsbeauftragte
in Berlin und Stuttgart

Ärztinnen: im Beruf strukturell benachteiligt

Hans-Jörg Freese



Hans-Jörg Freese, seit 2009 Pressesprecher des Marburger Bund, Dr. Magdalena Benemann, Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin Marburger Bund, Armin Ehl, Hauptgeschäftsführer Marburger Bund

Frauen in Gesundheitsberufen haben häufig erheblich schlechtere Einkommensaussichten als vergleichbar qualifizierte Beschäftigte in anderen Berufen. Aber trifft dieser Befund auch auf Ärztinnen zu? Auf den ersten Blick stellt sich diese Frage erst gar nicht. Es gibt selbstverständlich keine

geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Tarifverträgen des Marburger Bundes, die seit dem Jahr 2006 gleichermaßen für angestellte Ärztinnen und Ärzte mit den Krankenhausarbeitgebern vereinbart werden. Trotzdem

haben Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen auf die Dauer gerechnet Einkommensnachteile, die strukturell bedingt sind. Ärztinnen benötigen vielfach wegen Kinderbetreuung und Teilzeitarbeit oft mehr Zeit, um die Karriereleiter nach oben zu klettern. Daher bemüht sich der Marburger Bund, durch entsprechende tarifvertragliche Regelungen diese Nachteile auszugleichen.

Je höher die Position, desto weniger Frauen

Spätestens bei der Besetzung von Führungspositionen werden die Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten besonders auffällig: Während fast die Hälfte der Frauen als Assistenzärztinnen angestellt sind, belegen ihre männlichen Kollegen weitaus häufiger leitende Positionen. Unter den Chefärzten stagniert der Anteil der Frauen seit Jahren bei etwa zehn Prozent. Hier ist dringend ein Mentalitätswandel notwendig: einerseits bei den Frauen selbst, die stärker ihren gerechten Anteil an Führungspositionen einfordern müssen, andererseits auch bei den oft männerdominierten Findungskommissionen, damit Frauen mehr als bisher bei der Besetzung von Leitungsfunktionen zum Zuge kommen. Die Marburger Bund-Stiftung unterstützt

junge Ärztinnen dabei und bietet das mehrmonatige Führungstraining *Mut zum Erfolg* an.

Für ein familienfreundliches Krankenhaus

Auch der Wunsch von 90 Prozent der Ärztinnen, Kind und Karriere miteinander besser verbinden zu können, spricht Bände. Lange Arbeitszeiten, mangelnde Flexibilität in der Arbeitszeitgestaltung sowie fehlende Kinderbetreuungsmöglichkeiten erschweren die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den meisten deutschen Kliniken. In der großen Mitgliederbefragung des Marburger Bundes 2010 verneinten 57 Prozent der Ärztinnen und Ärzte die Frage, ob ihr Arbeitgeber ausreichend Möglichkeiten zur besseren Vereinbarkeit bietet (z.B. mit Kinderbetreuung und Teilzeitstellen). Mit der Kampagne *Für ein familienfreundliches Krankenhaus* setzt sich der Marburger Bund daher schon seit 2007 dafür ein, Krankenhäusern bei der Einführung familienfreundlicher Strukturen zu helfen.

Trotz der schwierigen Arbeitsbedingungen an deutschen Kliniken studieren immer mehr junge Frauen Medizin, ihr Anteil an den Medizinstudierenden liegt derzeit bei mehr als 60 Prozent. Es ist nur noch eine Frage der Zeit, wann Frauen dauerhaft die Mehrheit der Mediziner in Deutschland stellen. Die Arbeitgeber in Klinik und Praxis müssen sich umstellen und Ärztinnen mehr Möglichkeiten bieten, Beruf, Karriere und Privatleben besser unter einen Hut zu bringen. Chefärztinnen und Frauen auf Medizin-Lehrstühlen dürfen keine Ausnahme sein, sondern müssen zur Regel werden.



Dr. Magdalena Benemann



Armin Ehl



LandFrauen – Faire Einkommens- perspektive sichern

Brigitte Scherb



„LandFrauenStimmen für die Zukunft – Faire Einkommensperspektive sichern“ – der Deutsche LandFrauenverband (dlv) will die Einkommenslücke zwischen Frauen und Männern auf dem Land verringern!

Brigitte Scherb,
Präsidentin Deutscher
LandFrauenverband

Wer auf dem Lande zuhause ist, kennt die geschlechterbedingten Barrieren, die Frauen hindern, am wirtschaftlichen, politischen und sozialen Leben teilzunehmen. Tradierte Rollenbilder verweisen Frauen oft in unterbezahlte Teilzeitjobs und in schlecht bezahlte typische Frauenberufe – alles bei gleichzeitig höherer Belastung mit Familien- und Sorgearbeit. Der tägliche Stress mit einer unzureichenden und schlechter werdenden Infrastruktur erschwert zusätzlich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Der Lebens- und Arbeitssituation von Frauen in ländlichen Regionen eine Stimme geben!

Der Deutsche LandFrauenverband, der mit fast 500.000 Mitgliederinnen die größte deutsche Organisation von Frauen auf dem Land ist, will es nicht länger hinnehmen, dass ländliche Regionen mit ihrer herkömmlichen Wirtschaftsstruktur immer unattraktiver für Frauen werden. Um die Abwanderung von Frauen (mit jeder Frau wandert eine potentielle Familie ab) zu verhindern, müssen ihnen Bleibeperspektiven geboten werden. Demographischer Wandel, Fachkräftemangel und der Erhalt vitaler Lebensstrukturen lassen keine andere Wahl.

Erwerbsarbeit muss sich für Frauen auch auf dem Land lohnen!

Daher rückt der dlv den Focus auf die große Einkommenslücke zwischen Frauen und Männern. Bereits im Dezember 2010 fand die erste Fachtagung zum Thema *Entgeltungleichheit in ländlichen Räumen* in Berlin statt. Ein Jahr später startete der dlv sein vom Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes Projekt zur Einkommenslücke zwischen Frauen und Männern auf dem Land.

Frauen verdienen bis zu 33 Prozent weniger als Männer in ländlichen Räumen!

Was sind die Ursachen dafür? Bislang gibt es keine einzige bundesweite Studie, die sich damit beschäftigt hat. Frauen konzentrieren sich auf bestimmte Berufe und unterbrechen ihre Erwerbstätigkeit häufiger und länger oder reduzieren sie, um Männern den Rücken freizuhalten und für die Familie da zu sein. Die Folgen sind für Frauen in Stadt und Land gleichermaßen problematisch. Ein geringes Arbeitsentgelt führt zu minimalen Beiträgen zur Alterssicherung und zu finanziellen Abhängigkeiten vom Partner. Dennoch erklärt dies nicht, warum in ländlichen Regionen die Lohnlücke noch höher ausfällt. Stärker ins Gewicht fällt die Verteilung der Haushalte. Auf dem Land ist der konventionelle, auf Familien ausgerichtete Haushaltstypus ausgeprägter als der in der Stadt weit verbreitete Single-Haushalt. Die klassische Rollenverteilung sorgt dann dafür, dass Frauen die Erziehungsaufgaben übernehmen und Männer das Einkommen erwirtschaften. Dies erklärt auch, warum besonders viele Frauen in ländlichen Räumen auf Minijob-Basis arbeiten.

Welche Folgen haben familieninterne Arbeitsteilung und Erwerbsentscheidungen für Frauen?

Um genauere Kenntnisse zu erhalten, wie Paare sich für und gegen Teil- oder Vollzeiterwerbstätigkeit unter Abwägung familiärer Pflichten entscheiden, wurden bundesweit 24 Familien interviewt. Erste Ergebnisse zeigen, dass Geschlechterstereotypen überwunden werden müssen, um Gendergerechtigkeit herzustellen. Frauen müssen über die Risiken aufgeklärt werden, die sich für sie und ihre Familien auftun, wenn traditionelle Familienmodelle ihre Lebens- und Arbeitswirklichkeit bestimmen.

Regionale Wirtschaftsförderung und Kommunalpolitik muss weiblicher werden!

Der Anteil von Frauen in berufsständischen und kommunalen Gremien muss stärker werden. Solange die Potentiale und Sichtweisen von Frauen in politischen und wirtschaftlichen Strukturen wenig Beachtung finden, solange sind Entscheidungen nur wenig auf ihre Lebensrealität ausgerichtet. Der dlv will daher die Vernetzung von ehrenamtlich engagierten Frauen in den Landwirtschafts-, Handwerks- sowie Industrie- und Handelskammern fördern. Im Austausch von Erfahrungen können Strategien entwickelt werden, um den Anteil von Frauen auf den Wahllisten zu erhöhen und ihren Einfluss auf den Planungs- und Entscheidungsebenen zu stärken.



Warum es so wenige Frauen in den deutschen Vorständen gibt?

Ursula Ott



Ursula Ott
Journalistin, Buchau-
torin, Moderatorin
stellvertretende
Chefredakteurin von
chrismon,
dem evangelischen
Magazin

Forscher, fahrt Bahn! Dann wisst ihr, womit Frauen beschäftigt sind, wenn sie Montag morgens zum Meeting nach Frankfurt oder Zürich fahren. Die Ergebnisdaten fürs Quartal 1/2013? Ja, die auch. Die Exceldatei mit den Zielvereinbarungen? Längst am Wochenende erstellt und vervollständigt, fleißige Mädchen. Die Anrufe, die Frau Sitznachbarin auf Platz 38

führt, die erfordern andere Kompetenzen.

Natürlich haben auch die Männer im Zug fast alle Familie. Statt *Dreiklang* oder *Marimba* macht ihr iPhone *Oh Tannenbaum*, gesungen von Laura und Friedrich. Manche Männer haben das geschmückte Grab ihrer Eltern als Bildschirmschoner auf dem Laptop. Und es gibt diese Telefonate, die sehr laut werden können. „Dann muss der Pfarrer halt um 20 Uhr Zeit fürs Taufgespräch haben, wofür bezahle ich Kirchensteuer!“ Klar, auch Männer nehmen ihr Familienleben mit in den ICE.

Aber es gibt Telefonate, die führen nur Frauen. „Blutsuppe? Dafür brauchst du zwei Tuben von der roten Lebensmittelfarbe und eine von der gelben.

Klar klappt das mit der abhackten Hand. Plastikhandschuh ins Gefrierfach. Plastik! Nicht Gummi!“ Das war Halloween. Kann man sich einen berufstätigen Vater vorstellen, der von Montabaur bis Duisburg per Handy eine Gruselparty für die Jungs daheim organisiert? Ja klar, vorstellen schon. Aber während Frauen alles gleichzeitig versuchen zu jonglieren, sortiert es sich bei Männern denn doch eher konsequent. Hand abhacken im Büro in Montabaur, Suppe essen zuhause in Duisburg.

Aber solche Telefonate sind seltener geworden. Abgehackte Hände gibt's jetzt schon fertig im Partyhop24. Und Kinder sind ja sowieso seltener geworden. Die Telefonate aber, die sind ähnlich geblieben. „Mutter, bitte schließ die Tür ab! Versteck den Schlüssel. Ich kann morgen nicht kommen, wenn Papa wieder weg gelaufen ist, ich bin morgen in Brüssel! Mama?“ Denn während Laura gerade Abitur macht, Friedrich auf Auslandsjahr in Neuseeland ist und Partys längst unter Ausschluss von Mama statt finden, sind die alten Eltern älter geworden. Und man verhandelt im Großraumwagen nicht mehr mit Kita-Leiterinnen („Kann Lukas bitte bis halb sechs bleiben, mein Zug hat Verspätung! Ja,

es ist eine Ausnahme! Ja, er kann die Gummistiefel schon mal anziehen und den Anorak!“ – versucht man jetzt, kurz bevor der ICE hinter Siegburg ins Funkloch einrollt, den Chefarzt der Gerontopsychiatrie ans Telefon zu kriegen. „Sie sagten doch, dass ich um 10.15 Uhr anrufen kann. Ja, nein, klar, Notfall. Ja, klar, das verstehe ich. Wie bitte – heute Entlassung? Nein! Das geht nicht! Meine Mutter kann nicht alleine nach Hause. Hören Sie? Hallo? Sind Sie noch da? Hallo?“

Das Ergebnis ist dasselbe. Da kann die Excel Datei noch so perfekt sein und die Moderationskarten geschrieben. Aber wie soll man sich, bitte schön, auf die Präsentation in Frankfurt konzentrieren, wenn man ab Limburg weiß, dass 500 Kilometer entfernt eine frisch entlassene, klapprige 85jährige Mutter sitzt und wahrscheinlich gleich die Kellertreppe hinunter fällt?

Es ist dies kein Fall für die Menschenrechts-Kommission. Leben ist nicht immer planbar, und alte Eltern halten sich nicht an Moderationskarten und Charts. Bloß wenn mal wieder einer dieser Forscher kommt und fragt, warum das immer noch nichts wird mit der Top Etage und den Vorstandsposten – dann soll der doch einfach mal wieder Zug fahren.



Cartoon: Birte Strohmayr



Imagekampagnen

Denkanstöße von Prof. Anja Hartmann, nachgezeichnet von Christel Riedel

Prof. Anja Hartmann
Juniorprofessorin
für Gesundheit und
Sozialstruktur an
der Ruhr-Universität
Bochum

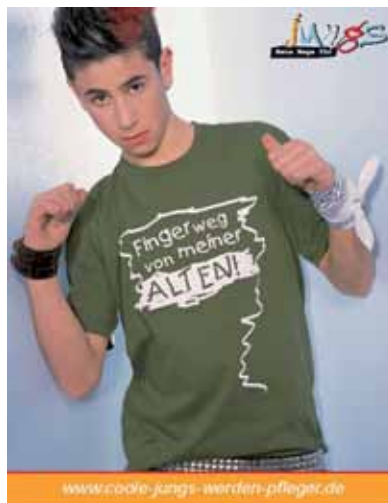
Prof. Anja Hartmann, Bochum, hat beim EPD-Forum in Dresden am 1. November 2012 drei Imagekampagnen präsentiert: Alle drei wollen über eine Aufwertung des Pflegeberufs die Anzahl der Auszubildenden erhöhen. Dabei werden verschiedene Strategien genutzt: Im ersten Fall werden die Motive von Auszubildenden genutzt, um die Vielfältigkeit des Pflegeberufs zu verdeutlichen. Im zweiten Fall werden typisch männliche Eigenschaften als besondere Kompetenzen in pflegerischen Tätigkeiten gedeutet. Und im dritten Fall wird mit der Individualität und Persönlichkeit der Klientel geworben. Auf diese Weise ist es den Kampagnen schon gelungen, die Vielseitigkeit und die besonderen Herausforderungen von Pflegeberufen einer breiten Öffentlichkeit zu kommunizieren.

Wir sehen ein junges Mädchen, in etwas unkonventioneller Aufmachung, gefärbte Haare, Piercings und mit

Kopfhörern. Diese Kopfhörer sind ein wichtiges dramaturgisches Moment. Denn dieses Mädchen gibt uns Auskunft darüber, warum sie einen Pflegeberuf ergreifen möchte: Weil sie Technik total begeistert. Und weiter unten kommt sie ausführlicher zu Wort: „Als ich nach einem Unfall im Krankenhaus war, haben mich die ganzen Geräte zunächst nervös gemacht. Aber dann hat eine Pflegerin ganz begeistert

erklärt, wie alles funktioniert. Das fand ich so beeindruckend, dass ich jetzt auch unbedingt Pflegerin werden will“. Diese Kampagne arbeitet also damit, dass sie fiktive Auszubildende erklären lässt, warum sie diesen und keinen anderen Beruf erlernen und will auf diese Weise das vielseitige Tätigkeitsspektrum der Pflege vermitteln.

Auf dem Plakat sehen wir einen jungen Mann, der eine Aufschrift auf dem T-Shirt trägt, von der selbst die Homepage sagt, dass sie etwas machomäßig ist. Dies wurde natürlich bewusst so



gewählt, um deutlich zu machen, dass Testosteron und Lässigkeit nicht im Widerspruch zur Pflege stehen müssen, sondern dass ganz im Gegenteil typisch männliche Eigenschaften wie Offensivität, Zupacken, Entscheidungsfreudigkeit im Umgang mit der Klientel durchaus von Vorteil sind. Ein interessantes Detail ist, dass der Junge auf sich selber zeigt. Seht her, ich kann das, das ist meine Angelegenheit. Auch hier wird eine typisch männliche Eigenschaft als positiv kommuniziert, nämlich ich bin der Macher, ich trage die Verantwortung, das ist meine Leistung.



Beispiel 3: hier handelt es sich um eine Plakatserie einer privaten Unternehmensgruppe. Auf allen Plakaten sind etwas schrullige alte Menschen zu sehen, die durch bestimmte Accessoires – hier eine Brille, da ein Radio, woanders eine Kappe – auf ihre Einzigartigkeit und Individualität aufmerksam machen. Dadurch wird deutlich gemacht, dass es sich hier nicht um eine amorphe Masse Pflegebedürftiger handelt, die hilfsbedürftig und ihrer Autonomie beraubt sind, sondern um unverwechselbare Individuen, die sich ihre Persönlichkeit bewahrt haben. Und dies erfordert eben spezifische Kompetenzen auf Seiten des Personals, auf die man dann zu Recht stolz sein kann. Und jetzt mal ganz ehrlich – wollen wir so nicht alle sein im Alter, etwas verrückt? Insofern geht es hier nicht nur um eine Aufwertung des Pflegeberufs, sondern auch um eine Imageaufwertung des Alters.



Siehe auch die PowerPoint-Präsentation im EPD-Toolkit von Prof. Hartmann unter www.equalpayday.de



Examierte Pflegekräfte 13,00 – 13,50 € pro Stunde
Altenpfleger/innen 12,00 – 12,50 € pro Stunde
Hauspflegekräfte 8,75 € pro Stunde
Familiengpfleger/innen 8,75 € pro Stunde

Der tägliche Kampf

Interview von Uta Zech
mit Sabine Findeisen und
Joachim Born

Elsenstraße in Berlin Treptow. Dort, wo sie sich von ihrer rauesten und lautesten Seite zeigt, zwischen Puschkinallee und Am Treptower Park. Direkt hinter der Bushaltestelle verbirgt sich der Eingang zum Mobilen PflegeDienst. Dienst großgeschrieben, denn wer pflegt, dient seinem Nächsten. Das ist die Einstellung von Joachim Born, der den Mobilen PflegeDienst 1984 gegründet hat. Schon bei unserer ersten Begegnung war ich beeindruckt von seinem sozialen Engagement. Nicht blind, nicht fanatisch, sondern wach und politisch, geduldig fordernd, alle Beteiligten ansprechend, Bürger/innen, Politiker/innen, Sozialkassen. Frau Findeisen, Geschäftsführerin des Mobilen PflegeDienstes, kommt aus der Praxis.

Joachim Born und Sabine Findeisen haben sich für das Interview Zeit genommen, obwohl es kurz vor Weihnachten ist. Die Unzeit aller Unzeiten für solche Störungen.

Das Thema des diesjährigen Equal Pay Day ist die schlechte Bezahlung in den Gesundheitsberufen. Meine Theorie ist ja, dass Frauen diese Arbeit zu lange als Zuerdienst zum Alleinernährergehalt geleistet haben und die Arbeit deshalb so schlecht bezahlt wird.

BORN: Es hängt bestimmt auch damit zusammen, dass es ursprünglich Rotkreuzschwestern waren, die in diesen Berufen gearbeitet haben. Das Mutterhaus stellte ihnen Kost und Logis, und Pflegen war ihr Lebensinhalt, nicht Geld verdienen. Dann sind Gesundheitsberufe helfende Berufe – und für Hilfe nimmt man keine Bezahlung. Dieses Selbstverständnis, nämlich zu helfen, haben viele Menschen, die in diesen Berufen arbeiten.

FINDEISEN: Außerdem arbeiten in den Pflegeberufen mehr Frauen als Männer. Frauen sind politisch immer noch nicht so aktiv wie Männer. Sie stellen ihre Forderungen nicht laut

genug. Und – Pflege hat keine Lobby. So wie die Autofahrer den ADAC haben. Jeder Riss in der Fahrbahn wird lautstark angeprangert – und so schnell wie möglich repariert. Im sozialen Bereich und im Gesundheitsbereich wird als erstes gestrichen, wenn gespart werden muss.

Ein Auto wieder fahrtüchtig zu machen scheint ja mehr wert zu sein als einen Menschen wieder lebstüchtig. Brauchen wir eine Wertediskussion?

BORN: Wir brauchen unbedingt eine Wertediskussion! Es ist ja jetzt schon abzusehen, dass es in Zukunft zu wenig Pflegekräfte geben wird.

FINDEISEN: Wenn die Pflegeberufe schon schlecht bezahlt werden, muss wenigstens das Berufsbild attraktiv sein! Die Reputation muss stimmen!

BORN: Doch auch wenn wir jetzt auf die nächste Generation setzen und versuchen, Einfluss auf ihre Einstellung zum Pflegeberuf zu nehmen, werden die Bemühungen nicht ausreichen. Aber es gibt Projekte, die neue Wege gehen. Das Bundesforschungsprojekt *Zukunftswerkstatt Demenz* hat sich zur Aufgabe gemacht herauszufinden, wie für Demenzerkrankte und Angehörige das Leben verbessert werden kann. Dafür werden bundesweit 14 Projekte drei Jahre lang gefördert. Die Initiative „Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick“ gehört auch dazu.

FINDEISEN: (lacht) Ja, und Herr Born ist noch nicht so richtig ausgelastet und hat die Leitung dieser Zukunftswerkstatt übernommen.

BORN: Und Frau Feierabend, Bezirksstadträtin für Arbeit, Soziales und Gesundheit im Bezirksamt Treptow-Köpenick, die Schirmherrschaft. So haben wir die Politik mit im Boot. Die Initiative ist ein Zusammenschluss von *Leben im Kiez* (LiK) und *Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Treptow Köpenick* (GGV-TK). LiK organisiert

Nachbarschaftshilfe und der GGV ist ein Zusammenschluss von Dienstleistern in den Bereichen Soziales, Gesundheit, Pflege und Beratung. Jedenfalls untersucht die Initiative die Zusammenarbeit zwischen bürgerschaftlichem Engagement und professioneller Hilfe. Ohne bürgerschaftliches Engagement werden wir nicht auskommen. Aber es muss organisiert werden und begleitet durch Professionalität. Die ehrenamtliche Arbeit kann die professionelle Pflege nicht ersetzen.

FINDEISEN: Nein, im Gegenteil. Die Zahl der an Demenz Erkrankten steigt und wird das in Zukunft auch weiterhin tun. Dafür braucht es gut ausgebildete Kräfte, qualifiziertes Personal. Und für das qualifizierte Personal muss es auch Geld geben. Hochwertige Arbeit soll auch hochwertig bezahlt werden.

Die Abrechnungsmodalitäten suggerieren, dass Pflege aus standardisierten Handgriffen besteht. Ein kommerzielles Geschäft wie Wände streichen. Kommerzialisierung und Gesundheitswesen – geht das zusammen?

BORN: Eine Ökonomisierung, Kommerzialisierung in diesem Bereich ist unmöglich, wird aber durch die Abrechnungsmodalitäten forciert. Während ein Malermeister jeden Handgriff in Rechnung stellt – Jalousie hoch – kostet! – ist das im Pflegebereich nicht möglich. Es gilt, neue Rahmenrichtlinien zu schaffen. Eine individuellere Abrechnungsvariante wäre zum Beispiel, nicht die Pflege bis in die Details zu definieren und aufzulisten, sondern Lebensqualität und soziales Wohnumfeld zu beachten.

FINDEISEN: Vor kurzem hatten wir in einer Teambesprechung gefragt, was unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen so zusätzlich machen – ohne dass es auf der Punkteliste aufgezählt wird. Körper eincremen war ein Beispiel. Selbst wenn das Eincremen



dokumentiert wird, bezahlt wird es von den Krankenkassen nicht. Dafür müssten wir dann eine Privatrechnung an den Patienten schicken. Außerdem bekämen wir von den Krankenkassen zu hören, dass die Zeitkapazitäten wohl zu großzügig bemessen seien, wenn für Eincremen noch Zeit ist. Von unseren Klienten wird aber vorausgesetzt, dass auch mal Blumen gegossen, die Jalousien hochgezogen oder eben eingecremt wird. Es kommt immer wieder auf den gleichen Konflikt heraus: Zwischenmenschlichkeit contra bezahlter Leistung.

Das ist ja nicht das einzige Paradox im Pflegebereich. Auf der einen Seite wird eine schlankere Verwaltung der Pflegedienste gefordert, auf der anderen ist für eine Bewertung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) eine Unmenge an Beauftragten nötig.

BORN: Oh ja, die Beauftragten. Ich zähle mal auf: Neben Geschäftsführung und Pflegedienstleitung sowie stellvertretender Pflegedienstleitung braucht es einen Qualitätsbeauftragten, einen Wundbeauftragten, einen Mentor für Praktikanten und Praktikantinnen, einen Sicherheitsbeauftragten, einen Datenschutzbeauftragten und Ersthelfer. Für jede dieser Positionen muss ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin eine Weiterbildung machen und danach regelmäßige Fortbildungen. Regelmäßige Fortbildungen müssen übrigens alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen. Die Kosten für die Weiterbildungen sind Sache der Unternehmen. Bei uns gibt es noch einen Sozialarbeiter. Eine Zeit lang haben wir das ohne probiert, aber das funktioniert nicht gut.

FINDEISEN: Die Kosten für Weiterbildung sind ja nicht nur das, was an Seminargebühren anfällt. Wir zahlen auch 50% der Arbeitszeit. Wir sind da sehr anspruchsvoll. Wir machen mehr

Schulungen als wir gesetzlich verpflichtet wären. Und sie finden wirklich statt. In einigen Unternehmen finden diese Fortbildungen nur auf dem Papier statt. Das sieht gut aus für den MDK, der das natürlich nicht nachprüfen kann, und schlecht für die Patienten und Patientinnen.

Aber es gibt Hoffnung. Ab Januar 2013 gibt es das neue Pflegeausrichtungsgesetz.

FINDEISEN: Das am grünen Tisch ohne die Pflegedienste entschieden wurde, weit ab von jeglicher Praxis. Bis heute, kurz vor Weihnachten, weiß niemand so genau, was darin steht. Aber immerhin sollen Demenzzranke besser gestellt werden. Ansonsten gibt es Gerüchte, dass 26,00 Euro für eine Stunde Pflege der Regelsatz werden sollen, für eine Leistung, die betriebswirtschaftlich 38,00 Euro kostet! Aber es gibt Anbieter, die über Dumpingpreise an Klient/innen kommen. Das ist nur möglich, wenn unseriös abgerechnet wird. Solche schwarzen Schafe sind in doppeltem Sinne Gift für die ganze Branche: Einerseits suggerieren sie dem Gesetzgeber, dass es doch möglich ist – man muss offenbar nur wollen! Und wenn herauskommt, dass unseriös abgerechnet wurde, fällt es auf alle Pflegedienste zurück.

BORN: Pflegehilfskräfte haben keine leichte Aufgabe. Trepp' auf, Trepp' ab, schwer heben, kaum soziale Anerkennung. Wenn sie 30 Stunden im Monat arbeiten, gehen sie mit knapp 1.000,00 Euro Brutto nach Hause. 800,00 Euro sind der Mindestlohn. Dafür sollen sie sich dann kaputt machen? Und wenn jemand 30, 40 Jahre geackert hat – soll ich dann kurz vor der Rente sagen: Du musst gehen, weil du dein Pensum nicht mehr schaffst? Als Unternehmer übernehme ich Verantwortung für meine Angestellten. Aber eigentlich müsste ich sie entlassen.

Was bringt Abhilfe?

BORN: Die Versicherten selbst müssen sich wehren. Es kommt immer wieder vor, dass sich Angestellte der Krankenkassen über ärztliche Verordnungen hinwegsetzen. Zum Beispiel beim Arzt nachfragen, ob der Verband tatsächlich dreimal gewechselt werden muss oder nicht doch einmal reicht. Oder aus einem Ehepaar per Dekret eine Wohngemeinschaft gemacht werden soll, damit die Krankenkasse nur einmal Stützstrümpfe wechseln bezahlen muss und nicht wie tatsächlich geleistet für beide Eheleute. Wenn sich die Versicherten da nicht wehren – wer soll es denn dann tun? Die Pflegeversicherung ist eine Versicherung, die dann einspringt, wenn es notwendig ist. Wie alle Versicherungen. Sie verteilt nicht gnädig Almosen.

FINDEISEN: Außerdem müssen die Versicherten nicht nur Leistung fordern, sondern auch die Qualität der Leistung einfordern. Auch in dem sie Einfluss auf die Handhabungen und Wahlen in den Krankenkassen nehmen. Es sind schließlich die Gelder der Versicherten.

BORN: Es gibt zur Zeit einen Überschuss von zig Millionen Euro, aber es ist kein Geld da. Jedenfalls nicht für die Pflege.

Womit wir wieder bei der Werteebene angelangt sind. Aus die Diskussion. Obwohl eigentlich alles zum Heulen ist, ist die Stimmung in den Räumen des Mobilen PflegeDienstes prima. Weihnachtsgeschenke werden verpackt, die Tische im Besprechungsraum zusammengestellt und für das gemeinsame Mittagessen gedeckt. Es wird viel gelacht und gescherzt und alle freuen sich, dass die kleine Greta heute zu Besuch gekommen ist. Ihre Mutter ist in Elternzeit. Aber sie wird wiederkommen. Auch wenn sich so schnell an der Bezahlung nichts verbessern wird.



*Team Equal Pay Day in Berlin
vlnr: Dr. A. Heinze (BMFSFJ),
S. Denzler, W. Kratzenberg-
Franke, H. von Platen,
C. Riedel, D. Schwarz,
Dr. K. Greszczuk (BMFSFJ)
und E. Wildhardt*



*A. Ehl und
H. Wallrafen-Dreisow
während des EPD-
Forum in Düsseldorf*



*mitte:
Petra Klöppelt,
ver.di Landesbezirk
Hamburg
während des EPD-
Forum in Hamburg*



*Annette Maltry,
Unterabteilungslei-
terin Gleichstellung/
Chancengleichheit
im BMFSFJ
beim EPD-Forum
in Berlin*



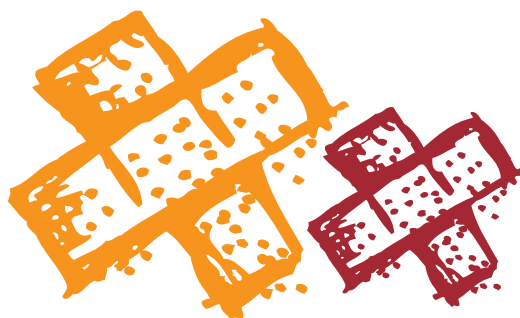
*Renate Augstein,
Abteilungsleiterin
Gleichstellung/
Chancengleichheit
BMFSFJ beim EPD-
Forum in Hamburg*



*Prof. Dr. Irene
Schneider-Böttcher,
Vorsitzende Landes-
frauenrat Sachsen
während des EPD-
Forum Dresden*

Selbständigkeit im Pflegeberuf – ist das die Alternative?

Christel Riedel
im Gespräch mit
Kathrin Kohl-Boussetta



Sie arbeiten als selbständige Krankenschwester. Das ist ungewöhnlich.

Kathrin Kohl-Boussetta, arbeitet als selbständige Krankenpflegerin

Vielleicht ist es das noch – aber in Berlin ist in den letzten Jahren eine erkennbare Verschiebung von angestelltem Pflegepersonal hin zu Selbständigen und Freiberuflern zu beobachten. Das statistische Jahrbuch Berlins aus dem Jahr 2011 weist eine Vervierfachung der Freiberufler im Zeitraum von 1991 (27) bis 2009 (112) aus.

Was hat Sie zu diesem Schritt in die Selbständigkeit bewogen?

Seit knapp 30 Jahren arbeite ich als Krankenschwester sowohl im Krankenhaus als auch in der Altenpflege. Immer wieder habe ich neben der Vollanstellung auch zusätzlich in Minijobs gearbeitet, um mein Einkommen aufzubessern. Nach mehreren Bandscheibenvorfällen entschloss ich mich, um im Beruf zu bleiben, vor vier Jahren zu einem Pflegemanagementstudium. Dabei lernte ich einige Krankenschwestern kennen, die mit Erfolg freiberuflich tätig waren. Selbständige Pflegekräfte arbeiten allein und bieten ihre Arbeitskraft den Krankenhäusern und Pflegediensten an, die Personalmangel haben. Der Vorteil ist: Wir können über die Vergütung wie auch über die Einsatzorte und -zeiten mit bestimmen. Der Fachkräftemangel verschafft uns eine gewisse Verhandlungsmacht.

Hat Ihnen Ihr Studium nicht bessere Verdienstmöglichkeiten eröffnet?

Nein – als ich nach Beendigung des Studiums im September dieses Jahres auf Stellensuche als Diplompflegewirtin ging, erkannte ich schnell, dass ich als selbständige Krankenschwester besser verdienen und zudem meine Zeit individuell einteilen kann. Ganz wichtig für mich ist aber, dass ich endlich für meine Arbeit so entlohnt werde, wie ich es auch verdient habe! Ich bin ja nun mit verschiedenen Angestellten in mehreren Teams und stelle fest, dass viele eine Menge Engagement in ihrer Arbeit einbringen und trotzdem nie ausreichend dafür entlohnt werden. Früher oder später verlieren Sie die Freude und Erfüllung in diesem Beruf und funktionieren nur noch oder steigen ganz aus.

Wie kommen Sie an Ihre Aufträge?

Im Moment bekomme ich meine Aufträge über Mundpropaganda, der Bedarf ist zurzeit groß. Der Trend allerdings geht zu Personalvermittlungsagenturen. Der Vorteil soll sein, dass die Unternehmen nur einen Ansprechpartner haben und die Garantie, dass bei Ausfall schneller für Ersatz gesorgt werden kann. Das funktioniert in der Praxis allerdings nach meiner Erfahrung nicht so gut. Für die Pflegekraft sind durch eine solche Leasingfirma die Aufträge gesichert, denn sobald man sich dort angemeldet hat, steht das Handy nicht mehr still, es hagelt nur so von Aufträgen. Der Fachkräftemangel ist extrem. Allerdings kassiert die Vermittlungsagentur natürlich mit – und wie sich das auf die Möglichkeiten zur Preisgestaltung auswirken wird, muss sich zeigen. Zumindest scheint sich jetzt die Gründung solch einer spezialisierten Leasingfirma zu lohnen.

Nach welchen Regeln rechnen Sie Ihre Arbeitsleistung ab?

Als selbständige Krankenschwester vereinbare ich mit den Auftraggebern einen Dienstleistungsvertrag, in dem alles geregelt ist. Darin sind die Leistungen und die Bezahlung enthalten. Bevor so ein Vertrag zustande kommt, verhandle ich natürlich über das Honorar.

Mit Blick auf die Unterbezahlung in den Gesundheitsberufen ist das Modell der Selbständigkeit eine weitere Absurdität – weil die Einrichtungen ihr Geld auch nur einmal ausgeben können. Man fragt sich, warum sie dann nicht gleich ordentliche Löhne zahlen. Würden Sie nicht auch lieber unter guten Arbeitsbedingungen und mit angemessenem Lohn in einem Krankenhaus arbeiten?

Ich bin der Meinung, dass sich das Modell auf Dauer nicht rechnen kann. Im Moment probieren die Unternehmen diesen Weg aus, werden aber bald auf billigere Arbeitskräfte zurückgreifen und das möchte ich mir gar nicht vorstellen, was das für die Pflegebedürftigen bedeutet! Natürlich würde ich lieber mein Wissen und meine langjährige Erfahrung in einer führenden Position einbringen, um noch lange in meinem Beruf verbleiben zu können. Für alle Pflegenden wünsche ich mir, dass sich die leistungsgerechte Vergütung endlich durchsetzt. Denn letztendlich ist motiviertes und zufriedenes Personal eine wichtige Voraussetzung für Patientenzufriedenheit. Und um die geht es doch!



Lohnfindung und Arbeitsbedingungen bei der Sozial-Holding Mönchengladbach

Fragen von Christel Riedel an
Helmut Wallrafen-Dreisow

Die Sozial-Holding Mönchengladbach ist ein Unternehmen in kommunaler Trägerschaft. Kommunen sind dem Vernehmen nach immer in Geldnot. Wie kommen Sie mit der Situation zurecht?

Helmut Wallrafen-Dreisow,
Geschäftsführer
Sozial-Holding
Mönchengladbach,
Staatl. anerkannter
Altenpfleger, Studium
RWTH Aachen, Leiter
für Altenhilfe der Stadt
Mönchengladbach
1990-1995

Die Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach GmbH als 100 %ige Tochtergesellschaft der Stadt Mönchengladbach refinanziert sich überwiegend aus Erlösen, die aus den Pflegesätzen der teil- und vollstationären Pflege zustande kommen. Darüber hinaus gibt es weitere Erlöse aus dem Inhouse-Geschäft mit der Stadt Mönchengladbach resultierend. Die betriebswirtschaftliche Situation ist dabei für ein Sozial-Unternehmen als gut zu bezeichnen.

Wird in allen Töchtern Tariflohn gezahlt? Man liest ja häufig von Ausgründungen kommunaler Unternehmen allein zum Zweck der Flucht aus der Tarifbindung.

Die Sozial-Holding besteht aus sechs Unternehmen, in denen zum jetzigen Zeitpunkt in fünf Unternehmen Tariflohn nach dem TVöD gezahlt wird. In der Service GmbH wird der Tarifvertrag der Gastronomie angewandt. Wir gestalten allerdings derzeit mit der Gewerkschaft ver.di einen sogenannten *Insourcing* – Prozess: Ziel ist, bis zur Mitte des Jahres 2013 die Beschäftigten der Service GmbH in den TVöD überzuleiten und somit auch nach TVöD zu entlohnen. Dies ist das genaue Gegenteil dessen, was zurzeit von vielen Unternehmen mit sogenanntem Outsourcing praktiziert wird. Wir sind der festen Überzeugung, dass Grundlage einer gleichen Tätigkeitserbringung auch ein gleicher Lohn sein muss.

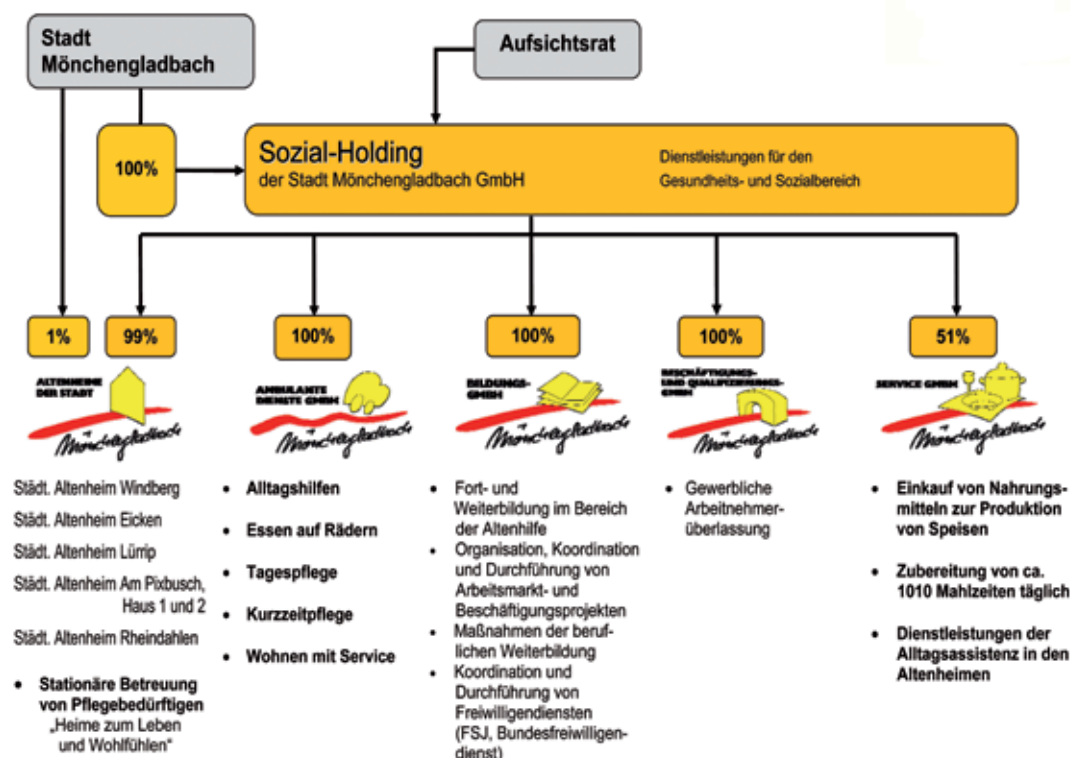
Entspricht in Ihrem Unternehmen der Anteil der Frauen in Funktionsstellen dem Frauenanteil im Unternehmen?

Der Anteil von Frauen im Konzern Sozial-Holding liegt bei ca. 90%; der Anteil von Frauen in Führungspositionen ist dabei als überdurchschnittlich zu bezeichnen. Auf der obersten Führungsebene liegt der Anteil von Frauen über 50%. Auf allen anderen Hierarchieebenen bei deutlich über 90%.

Welche Angebote der Gesundheitsförderung machen Sie Ihren Mitarbeiter/innen? Für welche der Töchter gelten sie?

Es gibt bereits seit Jahren eine breite Palette von Maßnahmen, mit deren Hilfe die Gesundheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Konzern gefördert wird. Neben Regelwerken und Vereinbarungen sind strukturelle

Organisationsdiagramm der Sozial-Holding GmbH



Maßnahmen, wie die Tätigkeit von Gesundheitsbeauftragten, die Arbeit im Lenkungsausschuss Gesundheit und regelmäßige Mitarbeiterbefragungen initiiert worden. Praktische Maßnahmen wie die Einrichtung von *Mucki-Buden* an allen Standorten, *Massagen am Arbeitsplatz* und, nicht zu vergessen, der *tägliche Apfel* runden das Angebot ab.

Im letzten Jahr haben wir erstmalig Gesundheitstage in allen Städtischen Altenheimen durchgeführt und als Gesamtkonzern am Firmenlauf *Run & Fun* teilgenommen. Aufgrund der positiven Resonanz ist übrigens auch wieder für dieses Jahr unsere Teilnahme geplant!

Vor dem Hintergrund steigender Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen und völlig unzureichenden Hilfsangeboten für Kassenpatienten, hat die Geschäftsführung im letzten

Jahr mit der Firma AHG-Assist einen Vertrag abgeschlossen. Seitdem können unsere Beschäftigten bei Bedarf in kürzester Zeit, anonym und kostenlos eine psychologische Mitarbeiterberatung in Anspruch nehmen.

Wie schaffen Sie es, Flexibilität bei der Dienstplangestaltung und sozialversicherte Vollzeitbeschäftigung zu vereinbaren?

Gerade in der Gesundheitsbranche ist es immer wieder eine große Herausforderung, die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten und die Verpflichtung zu einer 24-stündigen und 365-tägigen Dienstvorhaltung unter einen Hut zu bringen. Bereits vor drei Jahren hat die Sozial-Holding einen Lösungsansatz darin gefunden, dass sie den Wünschen vieler Teilzeitbeschäftigter nach Vollzeitbeschäftigung Rechnung getragen

hat, gleichzeitig aber mit dem Betriebsrat eine gesteuerte Dynamisierung der Dienstpläne umgesetzt hat. Ergebnis ist eine wesentlich höhere Zufriedenheit der Beschäftigten (mehr Lohn) und für die den Dienstplan steuernden Pflegedienstleitungen ein höheres Stundenkontingent, um die schwierige Aufgabe der Dienstplanvorhaltung zu gewährleisten. Zumindest für die Geschäftsführung nicht überraschend, hat dies zu einer viel systematischeren Verbindlichkeit der Einhaltung von Dienstplänen geführt und eine Senkung der Krankheitsquote mit sich gebracht. Und, daraus resultiert letztlich eine dramatische Absenkung der Notwendigkeit von Einsatzstunden fremder Dienstleister.

Hohes Ansehen – wenig Lohn: Zur Bewertung der weiblichen Arbeitskraft in Gesundheitsberufen

Angelika Puhlmann



Angelika Puhlmann, wissenschaftliche Mitarbeiterin (BIBB) im Arbeitsbereich Berufliche Bildungsgänge und Lernverläufe

Wir alle wissen, dass bei der Entscheidung für einen Beruf nicht allein und vor allem der materielle Aspekt der Einkommenshöhe ausschlaggebend ist. Vielmehr spielen Fragen der Möglichkeiten, sich selbst zu verwirklichen, die eigenen Talente und Qualifikationen einsetzen und entwickeln zu können - und nicht zuletzt auch das soziale Ansehen, das durch einen Beruf zu erlangen ist, eine wesentliche Rolle. Gerade bei diesem Aspekt sind geschlechtsbezogene Differenzierungen zu erkennen, die bei

der Entwicklung von Equal-Pay-Strategien speziell für Gesundheitsberufe Beachtung finden müssen. Die Studie des BIBB *Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die Berufswahl Jugendlicher*¹ hat sich mit dem Image von Berufen beschäftigt und festgestellt, dass – verstärkt durch Berufsbezeichnungen – sowohl schicht- als auch geschlechtsbezogenen Images von Berufen sehr unterschiedlich bewertet werden. So verbinden sich mit dem Beruf IT-System-Elektroniker/-in stärker positiv besetzte Eigenschaften wie „gebildet, reich, intelligent, ehr-

geizig, angesehen, geschickt“ während der Beruf Gebäudereiniger/-in eher negative Vorstellungen von „ungebildet, arm, dumm, anspruchslos, gering geachtet“ – zugleich aber als Positives auch „selbstlos, körperlich fit, fleißig und geschickt“ hervorruft. Diese Differenzen scheinen nur allzu plausibel, sind die Bildungs- und Ausbildungsvoraussetzungen für die beiden Berufe doch sehr unterschiedlich; der eine setzt höhere Bildung voraus, für den anderen reicht ein einfacher Schulabschluss. Wir haben es hier also mit unterschiedlichen schichtbezogenen

Bewertungen respektive Images zu tun. Dass ein und derselbe Beruf jedoch mit unterschiedlichen Eigenschaften und Bewertungen in Verbindung gebracht wird, überrascht dann vielleicht doch schon mehr. So zeigt die Untersuchung, dass die Gesundheits- und Krankenpflegerin in allen Aspekten positiver gesehen wird als der Gesundheits- und Krankenpfleger.

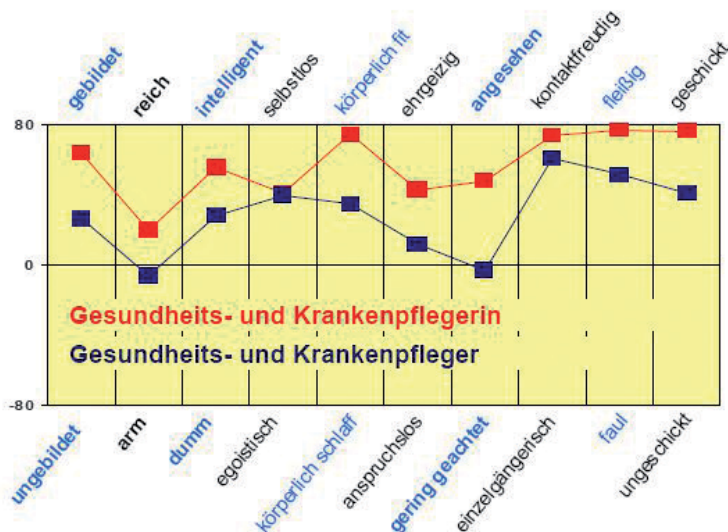
Als Resümee heißt es: „Den Nutzen ein- und desselben Berufs für ihr eigenes Image beurteilen Mädchen und Jungen bisweilen sehr unterschiedlich. Dies gilt insbesondere für soziale und technische Berufe. Mädchen versprechen sich von sozialen Berufen ein höheres Image, Jungen von technischen Berufen.“²

Im Kontext der Entwicklung und Umsetzung spezieller Equal-Pay-Strategien für die Gesundheitsberufe geht es also auch darum, die jeweiligen ideellen und finanziellen Bewertungen und Bezahlungen zu den Qualifikationsanforderungen, Tätigkeitsmerkmalen und Arbeitsbelastungen in ein *neues* Verhältnis zu setzen – gerade auch im Vergleich und im Abgleich etwa zu vergleichbaren männerdominierten Berufen und Tätigkeiten, die es ja auch im Bereich der Gesundheitsberufe gibt. Hilfreich können dabei auch die Ergebnisse der BIBB-BAUA-Erwerbstätigenbefragung sein³, die zum Beispiel häufig vorkommende Tätigkeitsmerkmale nach den drei Berufsbereichen *Produktionsberufe*, *Primäre Dienstleistungsberufe*, *Sekundäre Dienstleistungsberufe* zeigen. Die Gesundheitsberufe gehören dabei zu den Sekundären Dienstleistungsberufen. Es zeigt sich, dass alle in den neun Kategorien gefassten Tätigkeits-

merkmale im Bereich der Sekundären Dienstleistungsberufe deutlich häufiger vorkommen als in den anderen beiden Berufsbereichen. Das weist auch auf die größere Anforderungsbreite in diesen Berufen und damit ebenfalls auf entsprechende Qualifikations- und Kompetenzanforderungen hin.

Wenn heute nach Strategien gesucht wird, dem realen oder sich abzeichnenden Fachkräftemangel – gerade auch in den Gesundheitsberufen – zu begegnen, dann gehört ganz sicher die Herstellung eines gesunden Verhältnisses von Bezahlung und Tätigkeitsmerkmalen/Kompetenzanforderungen als zentrales Element in diese Strategien. Und das insbesondere – im Sinne des Equal-Pay – überall dort, wo mehrheitlich gut ausgebildete und beruflich engagierte und kompetente Frauen arbeiten.

Vermutungen von Mädchen und von Jungen, wie andere denken über die/den:



Stichproben: n = 63 Mädchen (welche die Gesundheits- und Krankenpflegerin einstufen) und n = 54 Jungen (welche den Gesundheits- und Krankenpfleger einstufen)

¹ Dr. Joachim Gerd Ulrich, Andreas Krewerth, Benedikt Peppinghaus: „Berufsbezeichnungen und ihr Einfluss auf die Berufswahl Jugendlicher“. https://www2.bibb.de/tools/fodb/pdf/at_23103.pdf

² Eberhard, Verena; Ulrich, Joachim Gerd (2006): Berufsbezeichnungen und ihre Bedeutung im Kontext der Berufswahl von Jugendlichen. In: Bley, Nikolaus; Rullmann, Marit (Hrsg.): Übergang Schule und Beruf. Aus der Praxis für die Praxis – Region Emscher-Lippe. Wissenswertes für Lehrkräfte und Eltern. Recklinghausen: FIAB. S. 295-304.

³ www.bibb.de/de/wlk21738.htm



Neuer Blick auf alte Fragen

Dr. Heide Mertens

Dr. Heide Mertens,
Abteilungsleiterin
Katholische
Frauengemeinschaft
Deutschlands (kfd)
Bundesverband

Die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) hat in vier großen Veranstaltungen unter dem Titel *Neuer Blick auf alte Fragen* den

ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung intensiv diskutiert. Aus der Perspektive des Lebensverlaufes von Männern und Frauen wird hier ein neuer Blick auf die Gleichstellung von Frauen und Männern geworfen. Deutlich wurde dabei, dass Frauen wie Männer im Verlauf ihres Lebens die Wahl haben müssen, unterschiedliche Schwerpunkte zwischen Erwerbsarbeit und Sorgearbeit, bezahlter und unbezahlter Arbeit zu setzen ohne dafür langfristig finanzielle und soziale Nachteile in Kauf nehmen zu müssen.

Eine entscheidende Voraussetzung für einen solchen gesellschaftlichen Wandel ist die gesellschaftliche Aufwertung und größere Wertschätzung der Sorgearbeit. Das umfasst alle Arbeiten die haushaltsnah sind, wie Kindererziehung, Pflege und Hauswirtschaft. Heute spüren einerseits diejenigen (überwiegend) Frauen, die diese Arbeit unbezahlt für ihre Angehörigen verrichten, die gesellschaftliche Abwertung dieser Arbeit. Denn ihnen fehlt vor allem die soziale Absicherung im Alter. Andererseits drückt sich die Geringschätzung der Sorgearbeit auch in den Löhnen z.B. im Gesundheitsbereich aus. Jede sechste erwerbstätige Frau arbeitet in der Bundesrepublik heute im Gesundheitswesen, mehr als drei Millionen Frauen. Sie sind betroffen von Arbeitsüberlastung, schlechter Bezahlung und geringen Aufstiegsmöglichkeiten.

Geschlechtergerechtigkeit im Lebensverlauf ist aber nur möglich, wenn Frauen wie Männer in der Lage sind, durch

Erwerbsarbeit ein existenzsicherndes Einkommen zu erwirtschaften. Denn nur, wenn Frauen wie Männer durch sichere, angemessen bezahlte Erwerbsarbeit ihre Existenz gesichert haben, können sie auf gleicher Augenhöhe über die Verteilung der Familien- und Sorgearbeit verhandeln. Nur so gibt es eine wirkliche Wahlfreiheit, wenn jemand zum Beispiele die Erwerbsarbeit reduziert oder unterbricht, um sich um Kinder oder pflegebedürftige Angehörige zu kümmern. Da gerade bei der Pflege das Zusammenspiel von bezahlter und unbezahlter Sorgearbeit in vielfacher Weise ineinander greift, lässt sich hier sehr gut darstellen, wie eine gerechte Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen mit der Frage der Gleichstellung von Frauen und Männern insgesamt zusammen hängen.

Breits 2005 hat die Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd) in einem grundlegenden Papier zu *Frauengerechter Gesundheitsversorgung* gerechte Arbeitsbedingungen für Frauen und Männer in allen Gesundheitsberufen gefordert. Der gesellschaftliche Wert der überwiegend von Frauen ehrenamtlich und bezahlt geleisteten Pflege muss anerkannt werden. Dazu gehört in den Gesundheitsberufen die Aufwertung der Pflege sowie familiengerechte Arbeitszeitgestaltung und Frauenförderung. Gleichzeitig betont die kfd: Ehrenamtliche und unbezahlt ausgeübte Frauenarbeit darf nicht gegeneinander ausgespielt werden. Vielmehr bedarf es insbesondere in der ambulanten Pflege der Förderung des Zusammenwirkens von medizinischem Personal, Angehörigen und Ehrenamtlichen. Auch dazu ist qualifizierte bezahlte Arbeit in den Bereichen der beratenden, bildenden und unter-

stützenden Infrastruktur für Pflege notwendig. Lokale Beratungs- und Bildungseinrichtungen sowie Vernetzungsstellen für Ehrenamtliche, Angehörige und Selbsthilfe sind angemessen zu fördern und zu unterstützen.

Gerade die Frage der Abgrenzung von bezahlter und ehrenamtlicher Arbeit hat die kfd in Bezug auf Pflege intensiv beschäftigt. In einem Pilotprojekt hat die kfd das Profil der ehrenamtlich tätigen *Pflegebegleiterin* entwickelt. Diese begleitet im Gespräch pflegende Angehörige nicht zuletzt mit dem Ziel, sie zu ermutigen, die ihnen zustehende bezahlte Pflege, Unterstützung und Beratung anzunehmen.

Das heißt, im Gesundheitswesen braucht es gut bezahlte, sichere Arbeitsplätze mit geregelten Arbeitszeiten, um die Pflege und Versorgung von älteren Menschen in unserer Gesellschaft gewährleisten zu können, damit sie nicht unbezahlt den Frauen überlassen bleibt. Nur wenn Frauen und Männer gut bezahlte sichere Arbeitsplätze mit familiengerechten Arbeitszeiten haben, können sie es sich leisten, für die Pflege von Angehörigen zeitweise Erwerbsarbeit zu unterbrechen oder zu reduzieren. Oder noch deutlicher: Nur die ausreichend bezahlte und unter guten Bedingungen arbeitende Pflegefachkraft kann es sich leisten, privat auch nach der eigenen pflegebedürftigen Mutter zu sehen.

Lesetipp: Katholische Frauengemeinschaft Deutschlands (kfd): Positionspapier Frauengerechte Gesundheitsversorgung. Bezug: shop@kfd.de Tel 0211/449 92 86 Fax: 0211/449 92 78



kfd-Frauen beim EPD-Forum in Düsseldorf





Noch weniger ist ... niemand

Susanne Steppat

Susanne Steppat,
Mitglied im Präsidium
des Deutschen
Hebammenverbandes
(DHV) für den
Angestelltenbereich

Der DHV engagiert sich seit 2011 im Rahmen des Equal Pay Days. Uns ist wichtig, dass nicht nur in den Vorstandsetagen die Gehälter der Geschlechter angepasst werden, sondern dass alle typischen Care- und somit Frauenberufe endlich eine Vergütung erhalten, die den Wert widerspiegelt, den diese (wir alle) für den Zusammenhalt unserer Gesellschaft haben.

Uns für den EPD zu engagieren, ist keine ganz einfache Sache, wenn man bedenkt, dass in Deutschland nur ca. 8.500 Hebammen¹ in Kliniken tätig sind². Die Umstellung auf den TVöD hat vor allem dem Auskommen der jungen Kolleginnen nicht gutgetan. Mit gerade mal 1.845 € netto beginnen sie in unserem verantwortungsvollen Beruf. Da nützt es auch wenig, das die IGES Studie³ aus diesem Jahr festgestellt hat, das angestellte Hebammen im Untersuchungszeitraum insgesamt einen Gehaltszuwachs von 6,9% hatten. Im Erhebungszeitraum (1991-2010) ging auch noch der Anteil der in Vollzeit arbeitenden Hebammen um 50% zurück (in 2010 waren es insgesamt 71,7% Teilzeitbeschäftigte).

Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen ist da der gnadenlose Abbau von Stellen, der in unserem Beruf ja auch immer mit einer deutlichen Schlechterversorgung der Schwangeren, Gebärenden und Familien einhergeht. Zum anderen die miesen Verdienstbedingungen, gepaart mit einer zunehmenden Hierarchisierung in den Kliniken. Obwohl Hebammen per Gesetz

normale (physiologische) Geburten betreuen⁴ dürfen, entwickelt sich die Geburtshilfe immer weiter zu einer reinen Geburtsmedizin. Die Folge sind steigende Interventions- und Kaiserschnittraten. Die hohe Verantwortung der Hebammen spiegelt sich überhaupt nicht in den (in Kliniken derzeit bezahlten) Gehältern wieder. Statt unsere Ressourcen zu nutzen und dann eben Ärztinnen andere erlösrelevante Tätigkeiten übernehmen zu lassen, wird auf Teufel komm' raus (Hebammen-) Personal reduziert - Hauptsache die Dividende stimmt.

Leider können wir nicht streiken – selbst wenn wir in einer Gewerkschaft organisiert sind. Warum nicht? Zum einen lässt unser Berufsethos das nicht zu – eine Gebärende, die vor der Tür steht und Hilfe braucht, nur mit dem Nötigsten abspeisen oder abweisen? Unmöglich. Zum anderen erlauben die knappen Personaldecken das gar nicht, denn – noch weniger ist ... niemand.

Um trotzdem auf den niedrigen Verdienst und die nicht der Verantwortung gerechten Bezahlung aufmerksam zu machen, stattdessen der DHV seit dem letzten Jahr alle 800 Kreißsäle, Hebammenschulen und Fachhochschulen mit unseren sogenannten **Mitmachpaketen zum EPD** aus. Darin sind Poster zum Thema, Buttons zum Anstecken, ein Infobrief für die Kolleginnen und eine Kopiervorlage für Handouts an Interessierte. In jedem Jahr sind das dicke Umschläge, die in die Kliniken gehen. Wie viele Kolleginnen sich letztlich beteiligen, wissen wir nicht. Denn mit dem EPD ist es nicht wie



mit Halloween, die Idee verbreitet sich nicht so schnell, wie es nötig wäre. Dazu kommt, dass die Arbeitgeber die Aktion nicht als frauenpolitischen Protest interpretieren, sondern gegen sich gerichtet. Daher unterbinden sie leider häufig den Aushang der Plakate.

Im Moment planen wir, diese Art der Unterstützung des EPD insgesamt fünf Jahre durchzuhalten und setzen einfach auf steigenden Unmut und mehr Mut zum Mitmachen bei den Hebammen in den Kreißsälen in Deutschland!! Equal Pay Day-Every Day!!

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Text ausschließlich die weibliche Form genannt, gemeint sind immer auch die männlichen (Berufs-)Angehörigen

² Destatis 2012 Pressemeldung 154/12

³ Versorgungs- und Vergütungssituation in der außerklinischen Geburtshilfe. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit; IGES GmbH 2012

⁴ Hebammengesetz § 4; 2. Abschnitt (1)



Ulrike Geppert-Orthofer,
Deutscher Hebammenverband
beim EPD-Forum in Stuttgart



Verband Medizinischer Fachberufe: Kompetenzen von Frauen und ihr Wert im Gesundheitswesen

Sabine Ridder, Margret Urban

Was wollen Vertreter/innen von typischen frauendominierten Berufen wie Medizinische, Zahnmedizinische und Tiermedizinische Fachangestellte, wenn sie sich der

Forderung nach Entgeltgleichheit anschließen?

Dass sie den gleichen Lohn wie die weniger als fünf Prozent Männer in ihrem Job erhalten? Natürlich. Nur sind die wenigen Männer in der Regel in höherer Position, können auf durchgängige Berufskarrieren verweisen, sind vollzeitbeschäftigt und selbstbewusster...

Im Gegensatz dazu setzen viele Frauen in unseren Berufen andere Prioritäten: Es ist ihnen wichtig, Beruf, Familie und Leben in Einklang zu bringen. Sie wissen um ihre Kompetenzen. Wenn es aber darum geht, deren Wert in bare Münze umzuwandeln, siegt eher der Wunsch nach Harmonie und die Hoffnung, der Chef/die Chefin werde schon erkennen, wie viel man/frau wert ist. Es gibt selbstverständlich Ausnahmen. Das ist gut so. Aber nicht jede Frau kann eine Vorreiterin in Sachen Entgeltgerechtigkeit sein.

Im ambulanten Gesundheitswesen arbeiten rund 600.000 Medizinische, Zahnmedizinische und Tiermedizinische Fachangestellte. Sie haben diese Gesundheitsfachberufe in dreijähriger dualer – also praxisnaher – Ausbildung erlernt. Sie sorgen dafür, dass die Patientinnen und Patienten vor, während und nach der Behandlung fachkundig und kompetent betreut, die Anforderungen an die Hygiene und das Qualitätsmanagement erfüllt, die Umweltschutzvorschriften eingehalten, die Betriebsabläufe und Terminplanungen organisiert, medizinische Geräte bedient, Behandlungen dokumentiert und abgerechnet, Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte entlastet werden. Vertrauens- und Beziehungsarbeit gehört genauso zum Berufsalltag wie psychischer Stress und die Tatsache, sich permanent an wissenschaftlich-technische Änderungen und gesetzgeberische Neuordnungen anzupassen.

In der öffentlichen Debatte spielen diese komplexen Kompetenzanforderungen keine Rolle. Fokussiert auf Routinetätigkeiten und reine Verwaltungsarbeiten hat sich in der Gesellschaft ein Bild dieser Berufe festgesetzt, das allzu oft nur auf frauentypischen Helfertätigkeiten basiert.

Das Tarifgehalt vollzeitbeschäftigter Medizinischer Fachangestellter liegt bei elfjähriger Berufszugehörigkeit und mit höherer Verantwortung – z.B. in Tätigkeitsgruppe III – bei 2043 Euro brutto. Das sind 12,23 pro Stunde. Ist das gerecht?

Die duale Ausbildung in Schule und Betrieb erfährt in den Berufen jenseits des Gesundheitswesens größte Anerkennung. Das System wird weltweit hoch geschätzt. Nur im Gesundheitswesen ist davon nichts zu spüren. Das machten auch die Podiumsdiskussionen des Equal Pay Day Forum deutlich. Wenn sich Vertreter/innen von typischen frauendominierten Berufen wie Medizinische, Zahnmedizinische und Tiermedizinische Fachangestellte also der Forderung nach Entgeltgleichheit anschließen, dann geht es ihnen auch um die Gleichwertigkeit der Gesundheitsfachberufe. Die in der Ausbildung erworbenen Berufskompetenzen müssen anerkannt werden – von der Öffentlichkeit, der Politik und den anderen Gesundheitsfachberufen. Nur so kann es uns gelingen, das Lohnsystem gerechter zu gestalten und nebenbei dem Fachkräftemangel zu begegnen.



Teilnehmerinnen des Verbands medizinischer Fachberufe beim EPD-Forum in Hamburg



Ohne uns keine Diagnose – ohne Diagnose keine Therapie

Anke Ohmstede

Anke Ohmstede,
Vorstandsvorsitzende
Dachverband für
Technologen/-innen
und Analytiker/-innen
in der Medizin Deutsch-
land e.V. (dvta)

Bei einer Bevölkerungsumfrage würde zweifelsfrei die Mehrheit der Befragten der Aussage zustimmen, dass Frauen, angesichts gesellschaft-

licher Gleichbehandlung, im Erwerbsleben genauso viel verdienen müssen wie Männer. Allerdings sieht die Realität in Deutschland und Europa bisweilen sehr ernüchternd aus: Trotz vielfältiger Initiativen herrschen noch immer spürbare Lohndifferenzen zwischen Frauen und Männern in unterschiedlichem Ausmaß und über verschiedenste Berufsbranchen hinweg. Unterschiedliche Bruttostundenlöhne addieren sich zu hohen Einkommenseinbußen für Frauen, was sich auch in einer Alterssicherungslücke, dem so genannten *Gender Pension Gap*, bemerkbar macht. Und das gilt auch für Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten (MTA), trotz ihrer guten Ausbildung.

Uneinigkeit herrscht bezüglich der Fragen, worin die entscheidenden Ursachen für den Gender Pay Gap (= prozentualer Unterschied zwischen dem durchschnittlichen Bruttostundenver-

dienst von Frauen und Männern) liegen und wie die Entgeltlücke geschlossen werden kann.

Egal ob es eine Blutprobe, die Untersuchung zur Früherkennung oder gar ein Beinbruch ist, die MTA ist immer gefragt! MTA messen die Zahl der Blutzellen, präparieren Gewebe, nehmen Röntgenbilder auf oder testen das Gehör. Eine Lohnlücke, so meint man, sollte es bei den Beschäftigten im Gesundheitswesen doch gar nicht geben. Schon gar nicht, da an vielen Stellen nach Tarif bezahlt wird. Doch das Gender Pay Gap gibt es an vielen Stellen. Unsere Branche gehört derzeit zu den wirtschaftsstärksten, noch vor dem Maschinenbau oder der Automobilindustrie. Dennoch bleibt die Lohnentwicklung hinter der Industrie zurück. Unter anderem weil wir ein ausgesprochener Frauenberuf sind. Rund 92 Prozent aller MTA sind Frauen. Die persönliche Lohnlücke macht sich damit oft subtil bemerkbar. Die Spielräume, die die Personalabteilungen auch im Tarif haben, sind unserer Erfahrung nach für männliche Kollegen einfacher zugänglich, zum Beispiel die Vorweggewährung von

Altersstufen oder Pool-Beteiligungen. Bei nichttariflicher Bezahlung hat die Verhandlungsstrategie und -kompetenz der Geschlechter klaren Einfluss auf die Einkommenshöhe und somit auf die Entgeltlücke. Frauen mit Familie zeigen in Gehaltsverhandlungen beim beruflichen Wiedereinstieg weniger „Härte“ wie Frauen ohne Familie oder andere Männer im Unternehmen. Ein familienfreundlicher Arbeitsplatz geht so oft zu Lasten des Gehalts.

Der Equal Pay Day 2013 rückt die Gesundheitsfachberufe somit zu Recht in den Fokus. Keiner kann erwarten, dass sich die Lohnlücke damit schließt. Aber es ist eine gute Initiative, um immer wieder darauf aufmerksam zu machen und die Gesellschaft nicht aus der Verantwortung zu entlassen. Konsequenterweise ist der Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e.V. damit in diesem Jahr einer der Schwerpunktpartner.



Elske Müller-Rawlins,
Syndika des dvta
beim EPD-Forum Berlin



Lohnfindung in Gesundheitsberufen - viel Dienst, wenig Verdienst

Hannelore Buls



Hannelore Buls,
Industrie-Kauffrau und
Diplom-Volkswirtin,
Vorsitzende des
Deutschen Frauenrates
seit Nov. 2012

Die meisten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen unterliegen heute betriebswirtschaftlichen Grundsätzen. Die Privatisierung des ehemals staatlichen Gesundheitswesens hat dazu geführt, dass zusätzlich zur Kostendeckung Gewinne für Eigentümer oder Träger zu erwirtschaften sind. Und das Ganze soll bei politisch festgesetzten Behandlungs-Pauschalen und Pflegesätzen erfolgreich sein. Nicht nur caritative Institutionen müssen sich den gedeckelten Erstattungen beugen – oder eben private Zuzahlungen einfordern. Das können sich aber meist nur gut betuchte PatientInnen und Pflegebedürftige leisten. Es wird klar, dass Gesundheitsberufe in einem Wirtschaftszweig überleben müssen, der zwar neuerdings ein Markt sein soll, aber eigentlich keiner ist. Ein so beschränkter Markt verlangt in der Regel nach Regulierung.

Dem ist die Politik auch teilweise gefolgt, zum Beispiel mit dem Mindestlohn für die Pflege. Das ist aber nicht ausreichend. Der Lohn in Gesundheitswesen und Pflege gerät unter dieser Bedingung in eine eingeeengte Position, nämlich „viel Leistungs- und Qualitätserwartung bei kostenorientiertem, also möglichst geringem Verdienst“ – aus Sicht der Arbeitgeber jedenfalls. Entscheidend für die Bezahlung ist damit nicht der Wert einer erbrachten Leistung sondern das, was dafür geldlich zur Verfügung gestellt wird, nach Abzug aller anderen Kosten und der Gewinne.

Der Verteilungskampf wird damit härter. In der Pflege beispielsweise haben wir es immer noch mit der unbezahlten

Konkurrenz durch häusliche Pflege zu tun. Dieselbe Politik, die Sätze für professionelle Pflege deckelt, stellt es als selbstverständlich dar, dass Pflegebedürftige zu Hause gepflegt zu werden wünschen. Von Angehörigen – was sich bei näherem Hinsehen als Ehefrau, Tochter, Schwiegertochter oder Enkelin entpuppt. Ob auch diese dies wünschen, wird allerdings nicht mehr ausdrücklich in Erfahrung gebracht, wie zum Beispiel im neuesten Armuts- und Reichtums-Bericht nachzulesen ist. Das ist halt so (!) und auf jeden Fall gut zu gebrauchen, um in der Bevölkerung klarzustellen, dass Pflege, wenn sie auch unentgeltlich geleistet wird, eben einen geringen Wert hat. Wer dies dann professionell ausüben möchte, soll sich mit einem niedrigen Einkommen zufrieden geben. Mehr ist bei so einem typischen Frauenberuf eben nicht drin! Die Argumentationskette steht.

Ein anderes Beispiel sind die medizinischen Fachangestellten, die mehrheitlich in Arztpraxen tätig sind. Hier sowie in weiteren Wirtschaftszweigen hat die geringfügig entlohnte Beschäftigung ein Ausmaß angenommen, dass es immer schwieriger für Arbeitssuchende macht, eine versicherte Vollzeit- oder Teilzeitstelle zu finden. Heute wissen wir – zum Beispiel bestätigt durch ein Gutachten¹ des BMFSFJ – dass Minijobs insbesondere für verheiratete Frauen keine Brücke in den Arbeitsmarkt sind, sondern sie sind deren Arbeitsmarkt, sofern sich diese Frauen ein einziges Mal darauf eingelassen haben. Dieser Super-Klebe-Effekt führt zu mehreren Effekten: Millionen Frauen sind mit Aushilfe-Löhnen bis weit unter 8,50 € Lohndumping ausgesetzt. Sie können keine eigene Altersvorsorge

aufbauen. Der Minijob zementiert die Abhängigkeit vom Ehemann und/oder der Bedarfsgemeinschaft. Versichert Beschäftigte kommen unter Lohnkonkurrenz. Der Minijob ist also für viele eine Spirale nach unten. Der Rückgriff auf die angeblich versorgte Frau, die ihren Lebensmittelpunkt vorrangig in der Familie sieht, ist dabei in allen Fällen von Zuverdienst-Angeboten immer wieder zu erkennen. Aber ein Einkommen muss existenzsichernd sein, damit das Ziel der Eigenständigkeit erfüllbar ist. Was fehlt, ist also eine durchgängige und auf die Realität bezogene Rechtspolitik, auch für das Gesundheitswesen.



¹ Carsten Wippermann „Frauen im Minijob, Motive und Fehlanreize für die Aufnahme geringfügiger Beschäftigung im Lebenslauf“; Delta-Institut für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Juli 2012.



Leben im Alter - Zwischen Skylla und Charybdis

Dr. med Ursula Sottong



Dr. med Ursula Sottong,
MPH, Abteilungsleiterin
Malteser Gesundheits-
förderung & Prävention
und Leitung Malteser
Fachstelle Demenz

Nur nicht ins Heim,“ so der Tenor vieler Menschen, wenn es um eine angemessene Versorgung im Alter geht. Lieber unter schlechten Bedingungen selbstbestimmt, oftmals isoliert und vereinsamt zuhause leben

als mit professioneller Unterstützung in stationären Einrichtungen der Altenhilfe. Für die – meist weiblichen – Pflegekräfte, die dort unter erschwerten Bedingungen und nicht immer gut bezahlt im Schichtdienst arbeiten, eine glatte Ohrfeige. Für die Angehörigen, die mit Blick auf die vielfältigen Gefahren dieser häuslichen Einsamkeit (man denke nur an mögliche Unfälle) in permanenter Anspannung leben, eine gewaltige Belastung.

Dieser Trend – *Erst wenn gar nichts mehr geht ins Heim* – führt dazu, dass die neuen, meist weiblichen Bewohner bereits mit einem hohen Pflegebedarf stationär aufgenommen werden. Etwa 70 % leidet zudem an einer fortschreitenden demenziellen Erkrankung und ein Drittel der Bewohner/innen verstirbt im ersten Jahr der stationären Aufnahme. Kaum jemand kehrt aus der Pflegeeinrichtung in die häusliche Umgebung zurück. Pflegeheim als Endstation – eine in jeder Hinsicht belastende Situation für die dort tätigen Pflegekräfte.

Erschwerend kommen die körperlich belastende Pflege und eine chronische Personalknappheit hinzu, die fast zwangsläufig zu krankheitsbedingten Fehltagen führen. In Kombination mit einer ausufernden Dokumentationsverpflichtung reduzieren diese Faktoren die eh schon knapp bemessene Zeit für die Begegnung mit den Bewohnern und Bewohnerinnen auf ein Minimum.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren an verschiedenen Stellschrauben gedreht, um dieser Situation zu begegnen. So wurde das Berufsbild des *Betreuungsassistenten oder Alltagsbegleiters* geschaffen, der den Alltag der

demenziell erkrankten Bewohner strukturieren und ihnen ressourcenorientiert zur Hand gehen soll. Eine wunderbare Aufgabe. Leider mit dem Nachteil, dass die qualifizierten Pflegekräfte sich auf *Wisch und sauber* und *Medikamentengabe* reduziert sehen während die klassischen Aufgaben der Altenpflege – Tagesstrukturierung, Mobilisierung, etc. – unter der Woche den Alltagsbegleiterinnen überlassen werden, die dank geringerer Qualifikation auch weniger kosten. Am Wochenende müssen die Pflegekräfte in der Regel ohne diese Assistenz auskommen und sind dann doppelt belastet.

Wie soll es unter diesen Bedingungen gelingen, Menschen für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers zu begeistern und den Fachkräftemangel zu beheben? Wie passt diese Entwicklung des zunehmenden Ersatzes von Fachkräften durch angelernte Kräfte zum gleichzeitig geforderten Akademisierungsbedarf in der Pflege? Und – perspektivisch betrachtet: Wie gehen wir damit um, dass alle Einsparungen im Erwerbseinkommen uns in wenigen Jahren als notwendige Transferleistungen im Kampf gegen die Altersarmut der überwiegend weiblichen Beschäftigten auf die Füße fallen werden?

Glücklich, wer in dieser Situation noch (weibliche) Angehörige hat, die sich kümmern können und auch wollen. Glücklich, wer durch (überwiegend weiblich ausgestattete) ambulante Pflegedienste Unterstützung erfährt und im Bedarfsfall auf Kurzzeitpflege in speziell ausgerichteten Einrichtungen zurückgreifen kann. Glücklich aber auch, wer in der Lage ist, diese Maßnahmen finanziell zu stemmen.

Mit dem 1. Januar 2013 sind die Leistungen aus der Pflegeversicherung neu geregelt worden. Zusätzliche Anreize zum Aufbau selbstorganisierter, ambulant betreuter Wohngemeinschaften sind geschaffen worden, die Pflegekas-

sen beraten, Demenzkranke mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf, haben Anspruch auf Pflegegeld, etc. Da scheint der optimierten Versorgung nichts mehr im Wege zu stehen. Oder doch?

Die Versorgungslandschaft in Deutschland nimmt an Vielfalt, aber nicht zwingend an Qualität zu. Während die Einrichtungen der Altenhilfe mit einem gewaltigen Pflichtenkatalog, vom Einzelzimmer mit eigener Nasszelle über den Nachweis von Tagesaktivitäten bis hin zu überprüfbaren Pflegestandards ringen, ist im häuslichen Milieu und in den unterschiedlichen Wohngruppen scheinbar alles möglich. Da stellt sich schon die Frage: Was wollen wir eigentlich für unsere hochaltrigen Mitbürger/innen und was ist uns die Versorgung von Menschen im Alter wert?

Diese Frage sollten sich alle, vor allem aber Frauen stellen, und zwar nicht erst, wenn sie in ihrem eigenen Leben vor die konkrete Situation gestellt werden. Dann haben sie genug damit zu tun, die auftretenden Probleme so zu lösen, dass sie mit gutem Gewissen noch ihrer Erwerbsarbeit nachgehen und auch ihre Laufbahnplanung fortsetzen können. Das ist letztlich auch Voraussetzung, wenn eine Quotierung der Führungskräfte nicht nur gefordert, sondern auch tatsächlich erreicht werden soll.

Doch das ist nicht alles. Wir müssen uns engagieren für:

- Angemessene Arbeitsbedingungen und Entlohnung in den Pflegeberufen,
- Einrichtungen, denen wir unsere Angehörigen gern anvertrauen,
- Rahmenbedingungen, die verhindern, dass Pflegekräfte in permanenter Überforderung arbeiten und dadurch ihren eigenen Ansprüchen an gute Arbeit nicht gerecht werden können und
- eine solide Finanzierung eines lebenswerten Lebens im Alter.

Der Equal Pay Day ist eine gute Gelegenheit für dieses Engagement.



Fragen an den Deutschen Pflegerat

Andreas Westerfellhaus



Welches sind die zentralen Ziele des Deutschen Pflegerates als Zusammenschluss von 15 durch- aus unterschiedlichen Berufsver- bänden?

Der Deutsche Pflegerat e.V. wurde 1998 gegründet, um die Positionen

Andreas Westerfellhaus,
Präsident des Deutschen
Pflegerates
und Geschäftsführer der
Zentrale Akademie für
Berufe im Gesundheits-
wesen GmbH

der Pflegeorganisationen einheitlich darzustellen und deren politische Arbeit zu koordinieren. Ziel ist die Darstellung der Bedeutung und des Nutzens profes- sioneller Pflege und des Hebammenwesens für ein effektives und effizientes Gesundheitssystem im Interesse der Bevölkerung, die politi- sche Durchsetzung von pflegeberufli- chen Zielen auf Bundesebene sowie die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben der Berufsorganisationen der Pflege. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist der Einsatz für eine nachhal- tige, qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung oberstes Anliegen des Deutschen Pflegerates.

Gibt es für Krankenhäuser ver- bindliche Vorgaben der Personal- ausstattung?

Im Grunde gibt es derzeit keine verbindlichen Vorgaben der Personal- ausstattung in den Krankenhäusern. Es gibt Empfehlungen zur Mindestaus- stattung im Rahmen von sogenannten Fachkraftquoten, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) spricht ver- bindliche Zahlen zu einzelnen Krank- heitsbildern aus, beispielsweise hinsicht- lich Bauchaortenaneurysma u.a.

Wie vereinbart sich die Forderung nach Akademisierung der Pflege mit dem Ersatz von Fachkräften durch „angelernte Service-Kräfte“ mit dem Ziel der Kostensenkung?

Die Situation ist vor allem aus zwei Aspekten desolat: Fachkräfte sind aus unterschiedlichen Gründen sehr viel

schwieriger zu gewinnen, gleichzeitig ist im Rahmen der Kostendeckelung der Krankenhausbudgets immer wieder festzustellen, dass nach Tariferhöhun- gen mehr unqualifizierte Kräfte (da vermeintlicher billiger!) eingesetzt werden.

Es wird versucht, neue Aufgabenvertei- lungen vorzunehmen (auf Servicekräfte – ohne häufig abgesicherte transparente Leistungen). Eine generelle Neuord- nung der Aufgaben der unterschiedli- chen Berufsgruppen ist sicher sinnvoll, dann muss aber alles auf den Prüfstand und transparent und rechtlich sicher geregelt werden, vor allem an den Schnittstellen. Alle Prozessabläufe müssen einer kritischen Begutach- tung ausgesetzt werden. Insbesondere dann wird auch noch einmal deutlich, dass für bestimmte Aufgabenfelder akademisch qualifizierte Pflegekräfte sinnvoll sind.

Besonders gern wird beim *Facility- Management* gespart – das sind fast ausschließlich Frauenarbeits- plätze. Was bedeuten unzuläng- liche Qualifikation und hoher Zeitdruck dann für die Einhaltung der Hygienevorschriften?

In der Realität zeigt sich, dass bei Arbeitsverdichtungen die Qualität sinkt, und das vor allem auch in der Hygiene. Wenn – auch dies ein Beispiel für Arbeitsverdichtung – in Deutsch- land eine Pflegekraft vier Patienten auf der Intensivstation versorgt und in den Niederlanden eine Pflegekraft 1-2 Patienten, dann ist es nicht verwunder- lich, wenn es hier in Deutschland zu mehr Komplikationen kommt. Für das System werden diese vermeintlichen Einsparungen am Ende nur teurer, mal ganz abgesehen von den Belastungen für die betroffenen Menschen.

Braucht es zwingend mehr Geld oder kann auch schon eine sach- gerechtere Verteilung der Mittel helfen?

Es geht nicht immer nur um mehr Geld. Es ist auch wichtig, alte *verkrustete* Strukturen in den Krankenhäusern (hinsichtlich der Prozesse) und in den ambulanten Einrichtungen (hier seien folgende Schlagworte exemplarisch aufgeführt: Trennung der SGB V und XI, *Überwachungswahnsinn*, Bürokratieaufbau etc.) aufzulösen.

In jedem Fall muss aber in allen Sek- toren gewährleistet sein, dass Tarifab- schlüsse vollumfänglich refinanziert werden sowie Sachkostensteigerungen (Energiekosten, Kosten durch weitere Rechtsvorschriften etc.) adäquat vergü- tet werden.



Christiane Kallenbach,
EPD-Forum Hamburg



Irmgard Glockenstein
EPD-Forum Stuttgart



Die Marienhaus GmbH

Dr. Tania Masloh

Die Marienhaus GmbH ist aktiv in den Ländern Saarland, Rheinland-Pfalz, Hessen und NRW. Sie wurde 1903 von der Ordensgemeinschaft der Waldbreitbacher Franziskanerinnen gegründet und verfügt über 27 Krankenhäuser, 29 Alten- und Pflegeheime, 9 Hospize, 3 Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und 8 weitere Einrichtungen. Unsere Einrichtungen liegen meist im ländlichen Raum und unsere Krankenhäuser sind größtenteils Häuser der Grund- und Regelversorgung.

Wir beschäftigen Mitarbeiterinnen

Dr. Tania Masloh,
Geschäftsführerin der
Marienhaus GmbH
Waldbreitbach

und Mitarbeiter im Bereich Gesundheit und Pflege. Das bringt schon einen hohen Frauenanteil mit sich.

Der Orden der Waldbreitbacher Franziskanerinnen wurde von einer Frau, der seligen Mutter Rosa Flesch gegründet. Schon von daher setzten wir uns besonders für die Rechte der Frauen und für Chancengleichheit ein.

Der Anteil der beschäftigten Frauen liegt in unseren Einrichtungen zwischen 80 und 90%. Der Anteil weiblicher Führungskräfte in den Heimeinrichtungen liegt mit 50% sehr hoch. In den Führungsfunktionen der Pflegebereiche in den Krankenhäusern liegt der Anteil bei 59%, auf den Stationen sogar bei 80%. In den kaufmännischen Bereichen haben wir 40% der Direktionspositionen mit Frauen besetzt. Von den circa 700 Führungsfunktionen in unserem Gesamtunternehmen werden mehr als 30% von Frauen besetzt. Allerdings bleibt der ärztlichen Bereich in den Spitzenpositionen eine Männerdomäne: Bei den Chefarztstellen sind aktuell nur 3% durch Frauen besetzt. Bei den Oberärzten sieht es mit 20% besser aus.

Als großes christliches Unternehmen im Gesundheits- und Sozialwesen sehen wir uns besonders dem Thema eines gerechten Lohnfindungsprozesses verpflichtet.

Wir sehen als große Probleme des Ungleichgewichts zwischen Männern und Frauen bezogen auf unsere Branche folgende Punkte: Wir haben immer noch mit dem alten Rollenbild Arzt – Krankenschwester zu kämpfen

Diese Stereotypen sind festgefahrene Strukturen im Krankenhaus. Frauen sind oft schlechter ausgebildet oder üben geringer qualifizierte Tätigkeiten aus. Schließlich ist es auch bei uns so, dass Teilzeit weiblich ist. Erwerbsunterbrechungen wegen Kindererziehung sind auch bei uns ein Problem, sie führen später zur Schlechterstellung, davon sind Frauen überproportional betroffen, wenn es darum geht Führungspositionen zu besetzen, was oft an langjährige Erfahrung geknüpft wird. Wir stellen leider auch fest, dass nur ein geringer Teil der Frauen in höhere Positionen strebt und wenn es um außertarifliche Verhandlungen geht, schneiden erfahrungsgemäß die Männer besser ab.

Die Marienhaus GmbH hat im Jahr 2008 die Einladung der damaligen Familienministerin Ursula von der Leyen angenommen und sich am Pilotprojekt Logib-D beteiligt. Wir haben in ausgewählten Kliniken das Modul Logib-D eingesetzt. Wir konnten nach Auswertung der Daten zunächst feststellen, dass nur unwesentliche oder sehr leichte allgemeine Entgeltdifferenzen in den verschiedenen Referenzgruppen gefunden wurden. Diese Differenzen sind vor allem auf personen- oder arbeitsplatzbezogene Merkmale zurückzuführen.

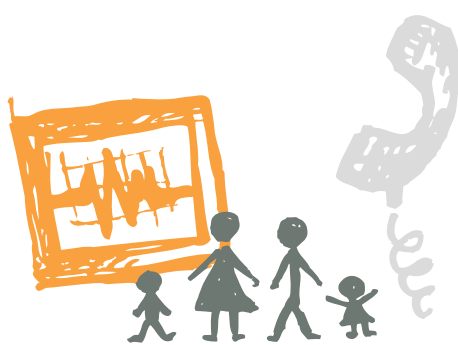
Die bereinigte Entgeltlücke von -7,7% kann im Benchmark deutscher Unternehmen als *mittel* bezeichnet werden. Wenn man allerdings den Vergütungsunterschied bei Männern und Frauen mit Hochschulabschluss betrachtet, liegt der Unterschied bei fast -40%. Hier kumulieren sicherlich Karrierebarrieren wie Teilzeitarbeit und familienbedingte Pausen. Allerdings stellen wir

in diesem außertariflichen Bereich fest, dass es Einzelfälle gibt, wo es Frauen in Gehaltsverhandlungen weniger oft gelingt, ihre Vorstellungen durchzusetzen als ihren männlichen Kollegen. Heute liegen also die Unterschiede nicht mehr in den Tariftabellen sondern in den psychosozialen externen Faktoren.

Es stellt sich die Frage, warum Frauen weniger nach höheren Positionen streben und warum sie bei Gehalts- und Bonusverhandlung regelmäßig schlechter abschneiden. Ganz aktuell hat wieder das Statistische Bundesamt bestätigt, dass weibliche Führungskräfte 30 Prozent weniger verdienen als ihre männlichen Kollegen. Eine ganz neue Studie aus den USA belegte dies für leistungsabhängige Gehaltszulagen. In einem Versuch wurde festgestellt, dass in einer leistungsbezogenen Organisation tendenziell die Männer bevorzugt werden, wenn es um Geld geht. Interessanterweise änderte sich dies auch dann nicht, wenn weibliche Führungskräfte über Bonuszahlungen zu entscheiden hatten, sie handelten ähnlich wie ihre männlichen Kollegen. In einer anderen Versuchsanordnung ging es nicht um Bonuszahlungen sondern um einfache Beurteilungen. Hier gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Wenn es also um Anerkennung und Lob geht, haben wir schon equal pay, aber wenn es um Geld geht noch nicht wirklich!

Wir sollten den Ursachen dieser Schiefelage auf die Spur kommen, damit wir in den Unternehmen mehr weibliche Führungskräfte gewinnen und auch halten können.

Angesichts der demografischen Entwicklung, des Fachkräftemangels und den globalen Herausforderungen ist dies eine Überlebensfrage für die Wirtschaft.



*Christel Riedel,
EPD-Forum Berlin*



*Helmut Wallrafen-Dreisow (l)
und Andreas Westerfellhaus
beim EPD-Forum in Berlin*



*Dagmar Schwarz (l)
und Simone Denzler
Bundesgeschäftsstelle Entgeltgleichheit –
Equal Pay Day Office*



*Referatsleiter Thomas Fischer (BMFSFJ) im
Gespräch mit Dr. Clemens Bold
während des EPD-Forum in Stuttgart*



*Jitka Weber
Landesverband Berlin
Deutscher Hebammenverband
EPD-Forum in Berlin*



*Heidemarie Gerstle,
ver.di Landesbezirk
Berlin Brandenburg
EPD-Forum in Berlin*

Bundesweite Flaggenaktion zum Equal Pay Day: Informieren Sie sich auf unserer Aktionslandkarte unter www.equalpayday.de über die Ihrem Wohnort nächstgelegene Flaggenaktion – und gehen Sie hin.

Die Forderungen der Frauen nach Lohngerechtigkeit und der Aufwertung der Gesundheitsberufe sind drängend. Nun liegt es an uns, den Frauen, deutlich zu machen, dass wir es ernst meinen. Eine öffentliche Flaggenaktion ist ein gutes Instrument: wenn die Bürgermeisterin, der Bürgermeister oder ein anderes Ratsmitglied Ihres Wohnortes in einem feierlichen Akt am Vormittag des 21.3.2013 die EPD Flagge hisst und dazu eine aussagekräftige Rede zum Thema Gleichbezahlung hält, wenn auch die kommunale Gleichstellungsbeauftragte dazu das Wort ergreift – dann brauchen sie zum Erfolg dieser Aktion unser aller Unterstützung. Sie dürfen nicht vor leeren Rängen ihre guten Absichten kundtun. Und weil in diesem Jahr auch wieder Bundestagswahlen sind, werden sicher auch die Kandidatinnen und Kandidaten aus Ihrem Wahlkreis in dieser Aktion ihre Chance sehen, mit einer zentralen Frage der Gleichstellungspolitik Wahlkampf zu machen und sich zum Thema Entgeltgleichheit zu positionieren!

Lassen Sie uns dafür sorgen, dass möglichst viele Politikerinnen und Politiker sich am 21. März 2013 öffentlich zum Grundsatz der Lohngerechtigkeit bekennen – und dass viele Frauen und Männer diese Öffentlichkeit unübersehbar groß machen!

Aktionslandkarte mit deutschlandweiten Veranstaltungen im Internet unter www.equalpayday.de



BERLIN

Am 21. März 2013 ist es soweit – Frauen haben das durchschnittliche Jahresgehalt erarbeitet, das Männer im Jahr 2012 verdient haben. Das sind 80 Tage mehr Arbeit für Frauen und entspricht einer Lohnlücke von 22 Prozent. Deshalb gibt es 2013 wieder den Equal Pay Day, den Aktionstag für die Entgeltgleichheit zwischen Männern und Frauen.

Der Business and Professional Women (BPW) Club Berlin lädt zu einer Abendveranstaltung mit Gästen aus Gesundheit, Gesellschaft und Politik zum Thema

„Machen Frauen Berufe unattraktiv?! – Rollenklischees in Gesundheit und Pflege“

am 21. März 2013 ein.
Wir freuen uns über Ihre Teilnahme!



Ort: Diakonie Deutschland,
Caroline-Michaelis-Str.1, 10115 Berlin,
Raum Christian Berg
BVG: S-Bahnhof Nordbahnhof

Beginn: 18:30 Uhr

Eintritt: BPW-Mitglieder 5 EUR, Gäste 15 EUR €
Bei Vorlage dieses Flyers zahlen Sie nur Eintritt in Höhe der aktuellen Lohnlücke von 22%:
Mitglieder des BPW 1,10 EUR, Gäste 3,30 EUR

Tipp aus dem Norden: Flyer-Aktion an Schulen | Außenaktion

Die Gleichstellungsbeauftragten der Stadt Schortens und des Landkreises Friesland haben sich gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen Jever etwas Besonderes einfallen lassen: Sie werden ab Ende Januar bis zum Equal Pay Day Flyer mit typischen Lebensbiographien von Frauen (von jung bis Rentenalter) an Schulen verteilen. Tenor: Eine Ehe ist heute keine Lebensversicherung mehr; sucht Euch einen gut bezahlten Job, Mädels, und teilt Euch unbezahlte und bezahlte Arbeit 50:50 mit Eurem Zukünftigen! Eine gute Idee, wie wir finden, denn: Rechtzeitige Aufklärung der Betroffenen ist ein wichtiger Baustein, um die Lohnlücke zu schließen. Interessiert? Diesen und weitere Tipps finden Sie unter EPD-AKTIONEN auf der Webseite www.equalpayday.de.

Bündniskoordinatorin Landkreis Friesland/Ansprechpartnerin:
Elke Rohlf-Jacob, 04461 919 2500,
e.rohlf-jacob@friesland.de, www.friesland.de



gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

initiiert von

BPW Germany

Business and Professional Women – Germany e.V.

